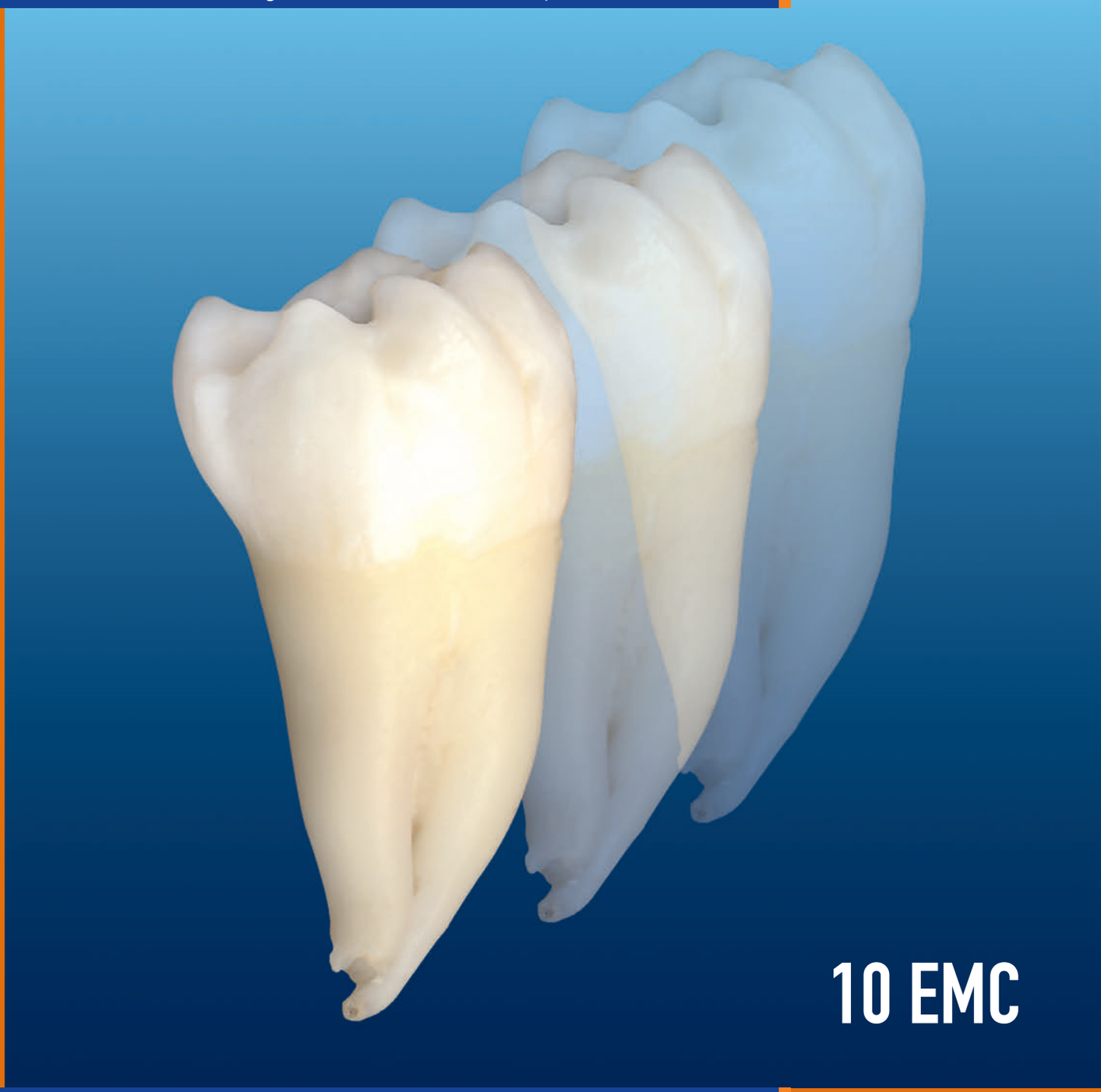
dentalTarget
clinic & lab

REVISTA DE ACTUALITATE DENTARĂ
Acreditată de Colegiul Medicilor Dentiști din România

2/2014



10 EMC

www.dentaltarget.ro

Vol. IX • nr. 2 (31)
Mai 2014

Oral-B® TRIUMPH
powered by BRAUN
5000 | WIRELESS SMARTGUIDE

OFERTĂ SPECIALĂ

ORAL-B® TRIUMPH™ 5000 CU SMARTGUIDE™ WIRELESS

CEA MAI AVANSATĂ TEHNOLOGIE ORAL-B DE ÎNDEPĂRTARE A PLĂCII BACTERIENE

SUNAȚI ŞI COMANDAȚI ACUM

PERIUȚA DE DINȚI PENTRU TESTARE PROFESIONALĂ

oferită prin:

20 ani Dentotal protect®

TEL: 0749 063 326

Ofertă valabilă în limita stocului disponibil.

Pm58.18

blend-a-med RESEARCH CENTERS Oral-B

Continuă îngrijirea ce începe în cabinetul dumneavoastră

Cunoaşterea - o vedere mai performantă
Informația nu are nici o valoare daca nu ne învață nimic

Dr. Oana-Cella Andrei - Şef de Lucrări la Facultatea de Medicină Dentară,
U.M.F. "Carol Davila" - Bucureşti

Theodor Methokhites, închinând mănăstirea Chora lui Cristos

Mănăstirea Chora, adică mănăstirea „de la țară", numită astfel pentru că se afla în afara zidurilor lui Constantin, oferă privirilor înălțate unele dintre cele mai frumoase mozaicuri din lume. Construită şi reconstruită în diverse stiluri şi perioade, traversând timpul şi vremurile, mănăstirea este relativ greu accesibilă pentru vizitatorul obişnuit al Istanbulului, dar merită din plin efortul de a o găsi în labirintul de străduțe înclinate, motiv pentru care am şi ales-o ca subiect de editorial în preajma sărbătorilor de Paşti. Deasupra intrării în naos, imaginea mozaicată a lui Theodor Methokhites, ktethor, logothetes, închinând biserica lui Cristos vă va aminti de mănăstirile de acasă.

Mănăstirea găzduia în perioada Paleologilor una dintre cele mai importante biblioteci din Constantinopol, Methokhites fiind şcolit conform tradiției elene care cuprindea trivium (gramatică, logică, retorică) şi quadrivium (aritmetică, geometrie, muzică şi astronomie) şi studiind în plus teologie şi filozofie antică. Prin restaurarea mănăstirii şi prin alcătuirea acestei deosebite biblioteci, acest înalt funcționar bizantin dorea, ca bun creştin, să îngrijească de viața viitoare şi să îi fie pomenit numele.

Poet în exil, politician la Constantinopol, călugăr la Chora, unde este şi înmormântat, Methokhites, considerat un precursor al Renaşterii, a lăsat posterității în această mănăstire dedicată Fecioarei mozaicuri şi fresce care povestesc cronologia religioasă in imagini superbe, perfect realizate artistic, cu scene din Vechiul şi Noul Testament dar şi din Evanghelii apocrife.

Frumusețea copleşitoare a mozaicurilor reuneşte chipurile şi viețile sfinților cu chipurile şi viețile oamenilor şi păstrează ca un arc în timp parfumul zilelor trecute, aduse mai aproape de sufletul privitorului. Astfel, în dreapta imaginii Fecioarei rugându-se lui Cristos pentru iertarea păcatelor oamenilor, am aflat cel mai frumos şi curat chip feminin, cel al Mariei Paleologos, fiica de Împărat creştin trimisă la Karakorum în 1265 pentru a deveni soția Hanului Mongol Hulagu. Până să ajungă domnița, Hanul a murit iar aceasta a fost dată de soție fiului acestuia, rămânând în istorie ca Maria a Mongolilor, Despina Khatun a creştinilor mongoli nestorieni. După moartea lui Abagu, domnița s-a călugărit şi cu chipul său superb, în straie de călugăriță, a rămas pe peretele Chorei spre amintire şi cugetare, ca mărturie că ceea ce într-o vreme este considerat un adevărat sacrilegiu se poate transforma în alte vremuri într-un compromis acceptabil.

Şi totuşi, deşi marea majoritate a bisericilor Constantinopolului au fost transformate în moschei, biserica întemeiată de domniță şi aflată în apropierea Chorei, numită „Sfânta Maria a Mongolilor", „Panaghia Muchliotissa", în care şi-a petrecut tot restul vieții ca şi călugăriță, este una din puținele rămase pentru totdeauna biserică printr-un decret al însuşi Sultanului.

Cristos a înviat!

Scene din viața Fecioarei Maria copil, cu Sfântul Ioachim şi Sfânta Ana şi păunul ca simbol al vieții eterne

Fecioara Maria rugându-se lui Cristos pentru iertarea păcatelor oamenilor

Domnița Maria Paleologos, Maria a Mongolilor, Despina Khatun, Maica Melania

SUMAR

Editorial

Evenimente
- Zilele Medicale Bănățene 22-24 Mai 2014 - Timişoara
- Ivoclar Vivadent 14 Iunie 2014 - Londra
- 3F - Formă, funcție, frumusețe - 3-4 Octombrie 2014, Bușteni
- Maraton De Estetică Dentară Modernă, Ivoclar Vivadent - 31 Oct - 01 Nov, Cluj-Napoca
- ArMedica - 6-8 Noiembrie 2014, Arad

Restaurări estetice
O ALTERNATIVĂ ESTETICĂ - Restaurări directe frontale din materialul compozit IPS Empress Direct
Prof. Dr Daniel Edelhoff, Munchen, Germania, Traducere Dr. Andrea Czimmerman

PLANIFICAT, PRESAT, ACOPERIT PRIN STRATIFICARE
Restaurarea complexă a unui caz cu eroziune dentară utilizând IPS e.max Press
Dr Andrea Klink, Tübingen şi Benjamin Votteler, MDT, Pfullingen, Germania, Traducere Dr. Andrea Czimmerman

Protetică mobilă
IMPORTANȚA IGIENEI ORALE ÎN MENȚINEREA REZULTATULUI ESTETIC AL TRATAMENTULUI PRIN PROTEZĂ SCHELETATĂ CU SISTEME SPECIALE
Şef Lucr. Dr. Oana Cella Andrei[1)], Asist. Univ. Dr. Livia Alice Tănăsescu[2)], Teh. Dent. Bogdan Dobrin[3)]
[1,2)] Disciplina de Protezare Parțială Mobilizabilă, UMF "Carol Davila" București, [3)] Laborator privat

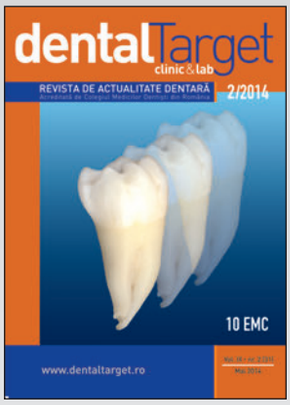
DETERMINAREA RELAȚIEI CENTRICE PRIN METODA GRAFICĂ INTRAORALĂ LA EDENTATUL TOTAL
Dr. Corina Marilena Cristache [(1)], Dr. Mihai Burlibasa [(2)], Dan Zidărița [(3)], Cristian Butnărașu [(4)], Ioana Bunea [(5)], Dr. Gheorghe Cristache [(6)], [1] Şef Lucrări, doctor în ştiinţe medicale UMF „Carol Davila" Bucureşti, F.M.A.M, medic primar chirurg oro-maxilo-facial Concordia Dent Clinic, [2] Conf. Univ., doctor în ştiinţe medicale UMF „Carol Davila" Bucureşti, F.M.A.M, medic primar stomatolog, [3] Tehnician dentar, practică privată, [4] Student UMF „Carol Davila" Bucureşti, F.M.A.M, specializarea Tehnică Dentară, [5] Studentă UMF „Carol Davila" Bucureşti, Facultatea de Medicină Dentară, [6] Medic primar ORL, practică privată.

Ortodonție
TRATAMENTUL ORTODONTIC ÎN MIGRAREA PATOLOGICĂ A DINȚILOR
Dr. Anca Mihaela Oltean, Medic primar Ortodonție și Ortopedie Dento Facială, practică privată

Endodonție
INTERRELAȚIA BOALĂ PARODONTALĂ - BOLI SISTEMICE
Dr. Caroline Kralev, Dr. Oana Velea, Ş. L. Dr. Dan Onisei, Prof. Dr. Doina Onisei, Disciplina de Parodontologie, Facultatea de Medicină Dentară, U. M. F. "Victor Babeş" - Timişoara

Educație medicală continuă
ASISTENȚA DE MEDICINĂ DENTARĂ ŞI SPRIJINUL ACORDAT PACIENȚILOR FUMĂTORI ÎN VEDEREA RENUNȚĂRII LA ACEASTĂ DEPENDENȚĂ – PARTEA A XIII-A
Prof. Dr. Melinda Székely*, Dr. Kinga Dörner*, Prof. Dr. Gheorghe Matekovits**, Ignat Despina***
*UMF Tîrgu Mureș, **UMF Victor Babeș Timișoara, ***Asistentă de Medicină Dentară

Mica publicitate



Vol. IX ● nr. 2 (31) ● Mai 2014

● **Cod CNCSIS 902/9412/209, Categoria D.**

● **Acreditată de CMDR cf. reg EMC al CMDR.**

● **DENTAL TARGET,** revista de medicină dentară ce apare **de 4 ori pe an**, înaintea manifestărilor expoziționale.

● Distribuită gratuit, prin poştă, într-un tiraj de **6000 de exemplare**, cabinetelor stomatologice şi laboratoarelor de tehnică dentară.

● Prezentă şi disponibilă în cadrul tuturor manifestărilor expoziționale de profil.

● Revista DENTAL TARGET oferă o privire de ansamblu asupra medicinei dentare fiind singura revistă românească de specialitate **adresată atât medicilor dentişti, tehnicienilor dentari şi asistentelor de medicină dentară.**

● Înscrisă în BDI:

Revista de actualitate dentară
ISSN -1842 -5054,
Cod CNCSIS 902/9412/209,
Categoria D,
Acreditată de CMDR cf. reg EMC al CMDR,
Înscrisă în EBSCO.

e-mail: office@dentaltarget.ro
www.dentaltarget.ro
Tel. 0724 864 358

Consultanți
Medicină dentară
Şef Lucrări Dr. Oana Cella Andrei
Prof. Dr. Mihaela Păuna
Prof. Dr. Emilian Hutu
As. Univ. Dr. Ruxandra Mărgărit
Conf. Univ. Dr. Ligia Muntianu
Dr. Alexandru Brezoescu
Prof. Dr. Carmen Todea
Conf. Univ. Dr. Cosmin Sinescu
Şef Lucrări Dr. Radu Stanciu
Prof. Dr. Meda Negruțiu
Prof. Dr. Mihai Romînu
Prof. Dr. Dorin Bratu
Prof. Dr. Angela Podariu
Prof. Dr. Cristina Maria Borțun
Prof. Dr. Gheorghe Matekovits
Prof. Dr. Melinda Székely
Prof. Dr. Ovidiu Nicolae Grivu
Prof. Dr. Emanuel Bratu
Conf. Dr. Marius Leretter
Conf. Dr. Vasile Nicolae
As. Univ. Dr. Gabriela Tănase
Conf. Univ. Dr. Burlibaşa Mihai
Prof. Dr. M. V. Constantinescu
As. Univ. Radu Scurtu
As. Univ. Sergiu Antonie
Tehn. Dentar Bogdan Dobrin
Tehn. Dentar Liviu Fera
Tehn. Dentar Marius Hermeneanu
Interdisciplinaritate
Prof. Gheorghe Drăgănescu
Prof. Adrian Podoleanu
As. Univ. Dorin Dodeniciu
Conf. Lavinia Denisa Cuc
Conf. Anca Tudor
Prof. Nicolae Faur
Şef lucrări Mihai Hluşcu
As. Univ. Radu Negru
As. Univ. Dimitriu Liliana
Redactor şef
Claudia Lăzărescu
Colaboratori redacționali
Ş. L. Dr. Corina Marilena Cristache
Conf. Univ. Dr. Cosmin Sinescu
Dr. Ruxandra Dinuț
Dr. Angelica Iliuță
Dr. Călin Bertalanffy
Adrian Marton
Director publicitate – marketing
Alexandru Dobre
Director executiv
Sabina Dobre
Design copertă
arths@arths.ro

Editor
Dental Target SRL
Publicitate, contact
și abonamente
Dental Target SRL
CP 76, OP 63, București, Sector 1
Tel. 0724 864 358

Editura nu-și asumă responsabilitatea pentru corectitudinea și exactitatea articolelor publicate, aceasta aparținând în totalitate autorilor.

Reproducerea articolelor se poate face numai cu acordul scris al editurii.

DTP - Dan Cibea
Tipografie
Everest

NOU!

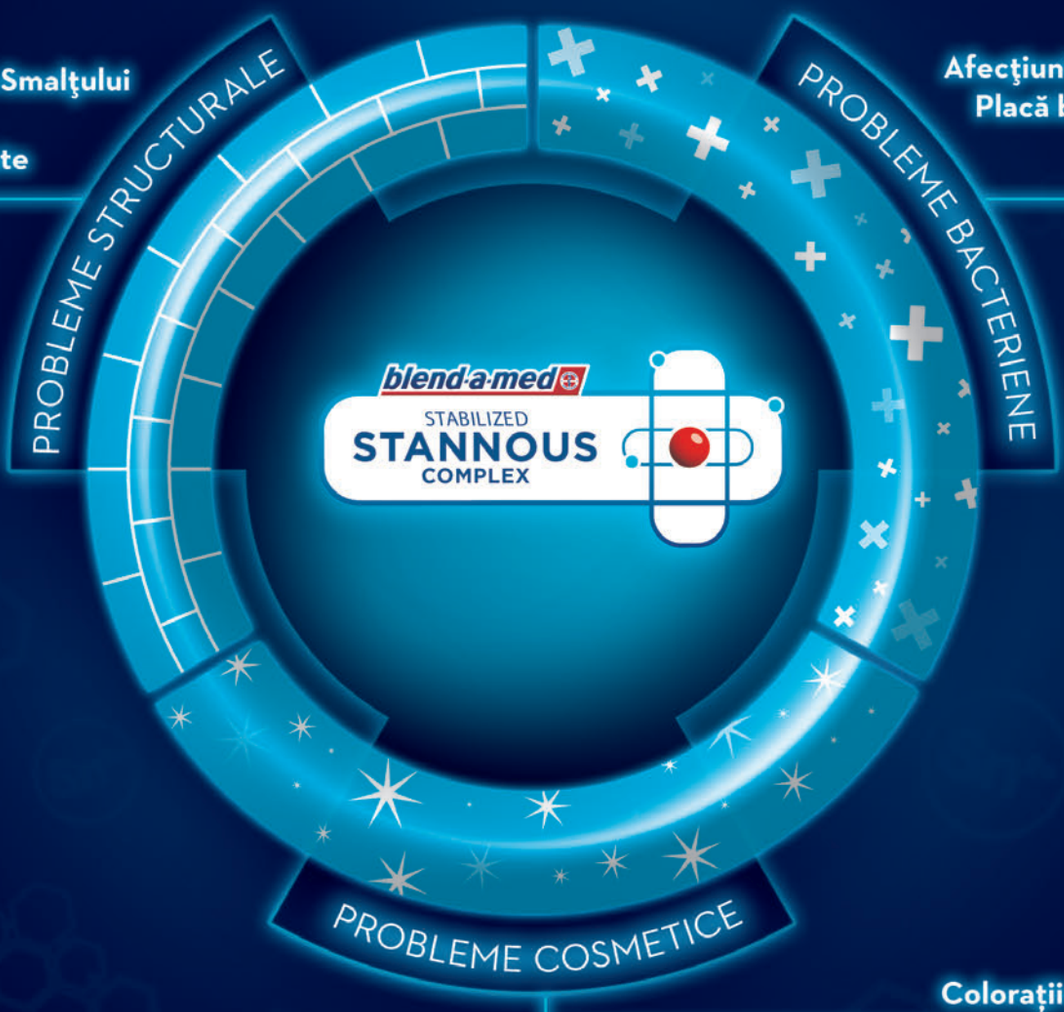
DOVEDIT CLINIC:
CURĂȚĂ
PRIN REDUCEREA PLĂCII BACTERIENE*
PROTEJEAZĂ
ÎMPOTRIVA EROZIUNII SMALȚULUI ŞI A SENSIBILITĂȚII*

*COMPARATIV CU PASTA DE DINȚI OBIȘNUITĂ

DE 3X MAI EFICIENT!

Eroziunea Smalţului
Carii
Sensibilitate

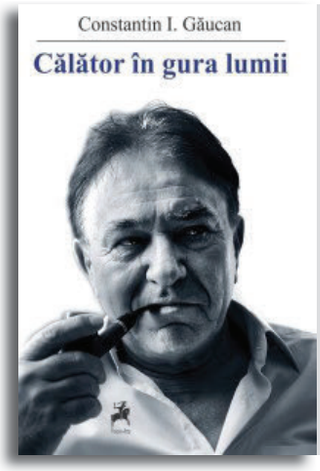
Afecţiuni gingivale
Placă bacteriană
Halenă



Tartru
Colorații dentare

Continuă îngrijirea ce începe în cabinetul dumneavoastră

blend-a-med RESEARCH CENTERS Oral-B



Călător în gura lumii

Dr. Constantin Găucan

"O carte despre oamenii extraordinari care mi-au marcat viața şi de la care am învățat cât din zece biblioteci".

Împătimit de statura culturală a lui Nicolae Iorga, pasionat de opera lui Miron Radu Paraschivescu, medicul stomatolog de anvergură, istoricul şi, de curând, iată, memorialistul Constantin Găucan, ne propune o carte plină de farmecul povestirii, dar, care, pe un alt plan, evocă timpuri şi personalități într-un fascinant amestec de sobrietate şi bună dispoziție. "*Călător în gura lumii*" este, deopotrivă, un volum de memorii, dar şi un omagiu adus cultului prieteniei. Prin cabinetul stomatologic – imaginar, de data aceasta – al domnului doctor se perindă personaje din vremi trecute sau mai actuale, ce prind viață pe pagina de hârtie însuflețiți, rând pe rând, de un pătimaş artizan al poveştii, dornic mereu de a învăța, de a explora potențialul nelimitat al creativității şi de a ne reaminti că trecutul nu trebuie să însemne uitare.

Rând pe rând, se aşează pe scaunul stomatologic, transformat de autor într-unul al confesiunilor, nume aparținând unor generații şi profesii diferite – de la mari modele ale neamului românesc, până la „greii" partidului comunist – într-un caleidoscop de amintiri, experiențe spirituale unice, nostalgii, regrete şi o inepuizabilă, îngăduitoare, înaltă dragoste de oameni:
de la Miron Radu Paraschivescu, Ştefan Augustin Doinaş şi Irinel Liciu, Nichita Stănescu, Adrian Păunescu, Clody Bertola, George Mihăiță, Eugenia Moldoveanu, Liviu Ciulei, Gina Patrichi, Mircea Malița, până la Gellu Naum, Ion Voicu, Răzvan Theodorescu, Mihai Ungheanu, Gheorghe Buzatu, Ileana Iliescu şi Marinel Ştefănescu. Nu lipsesc nici întâmplări savuroase, cum ar fi întâlnirea cu tovarăşa Ana Pauker, despre care aflăm, în pofida legendei, că avea, cu adevărat, două urechi, ori „serile cu generalul Bucurescu", şeful Securității Municipiului Bucureşti. Asta ca să amintim doar câteva din numele evocate cu farmec personal, plasticitate şi cu acuitatea celui care şi-a făcut profesiune de credință din vindecarea nu numai a trupului, dar şi a sufletului. ***Călător în gura lumii*** nu este doar o simplă culegere de amintiri. Lăsând în urmă „uneltele" specifice profesiei domniei sale, Constantin Găucan foloseşte, cu binecunoscutu-i har al blândeții şi al dialogului cu pacientul, doar cleştele necesar extracției măselei de minte – cea plină de adevăruri, savoare şi, de multe ori tristețe ori gând pios pentru aceia dintre marii săi prieteni care au trecut în eternitate. Tonul devine uşor elegiac, rememorarea devine sobră, evocarea celor dispăruți se transformă astfel în cheia de boltă a unei cărți în care memoria ia forma lacrimii.
Spre deosebire de alte lucrări de memorialistică concentrate pe imortalizarea strict istorică a unui eveniment, ori a figurii unei personalități, volumul lui Constantin Găucan produce o senzație de relief, uneori abrupt, alteori lin, de viață trăită aievea într-un domeniu pe care unii îl consideră arid, bazat îndeosebi pe documentaristică. Nu ar fi exclus, pentru un lector avizat, să descopere în aceste pagini cum autorul, în spiritul vălenenilor săi cei mai iubiți, îmbină rigurozitatea lui Nicolae Iorga cu metafora lui Miron Radu Paraschivescu.
Din acest aliaj s-a născut o carte vie, alertă, surprinzătoare, inspirată şi plină de consecințe pentru cititorul de orice vârstă.
Traian T. Coşovei
(Preluare de pe www.agentiadecarte.ro)

“Un stomatolog trebuie să fie şi un om de cultură umanistă pentru a putea comunica cu cei mai sensibili pacienți, şi anume creatorii de valori spirituale. Scriitori, pictori, oameni de teatru....
Ne căutăm şi ne întâlnim într-o lume în plin proces de dezumanizare şi însingurare”

Dacă privesc în urmă am toate motivele să fiu fericit. Am avut parte de toate bucuriile oferite de profesia făcută cu mintea şi cu ochii deschişi. 17 ani de învățământ postuniversitar, medic primar, doctor în ştiințe medicale, toate acestea când condiția de membru PCR era determinantă în promovare. Am introdus Asociația Medicilor Stomatologi cu liberă practică înființată de mine în 1990 în Organizația Regională Europeană, în Federația Dentară Mondială încă din 1992.

În 1990 am înființat primul Colegiu particular pentru tehnicieni dentari şi asistente igieniste şi de cabinet stomatologic cu o programă americană care le-a permis absolvenților să fie acceptați să lucreze încă din 1993 în Australia, Canada, America, Europa.

Dacă mai pun la socoteală trei cărți de specialitate, 160 de lucrări ştiințifice şi 16 brevete de invenție cele spuse anterior se confirmă. Dacă mă uit înainte, mă aşteaptă masa de lucru cu mai multe proiecte: O “Carte a cărților” de stomatologie, care ar fi o filozofie de abordare a actului medical stomatologic; “Extracția de sine” - o carte cu trimiteri autobiografice despre cum poți rămâne un om liber în pofida constrângerilor unor sisteme totalitare. Cum Codul Onoarei “busiido” mi-a servit acestui scop, filozofia indiană şi credința mi-au fost de cel mai mare folos în câştigarea “libertății de sine”.

Aş vrea ca de ziua mea să primesc un cadou, o garanție şi anume aceea ca Cerul să-mi dea posibilitatea ca în luna august, anul curent, aidoma unui alt august din adolescență, când fiind culcat pe iarba grasă de pe muntele Ciucaş sub o ploaie de stele căzătoare (“Cădea cerul peste noi” N.R. Paraschivescu) am întins mâna şi am “prins” în palmă pe Sirius care strălucea aidoma unui mare briliant. O senzație fabuloasă materială, dar şi de vis pe care aş vrea să o iau cu mine în marea liniște.

Stimate domnule doctor,
cu ocazia apropiatei zile de naştere,
colectivul dentalTarget
vă urează
LA MULȚI ANI FERICIȚI!

:DENTEX
10 ani împliniți!

Ceramco 3

DeguDent
A Dentsply Company

Ceramco® 3 este un sistem complet de mase ceramice, disponibil pe ambele chei de colori: Vita Clasic şi Vita 3D Master, folosit cu succes pentru toate restaurările protetice metalo-ceramice.

Sistemul **Ceramco® 3** este proiectat pentru a oferi manevrabilitate excepțională, stabilitate termică şi estetică. Sistemul **Ceramco® 3** oferă fluorescență şi opalescență naturală lucrărilor protetice.

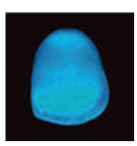
Cu ajutorul acestui sistem se pot realiza: elemente solo sau punți metaloceramice de orice dimensiune.

-50%

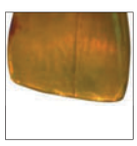
OFERTĂ CU
50% DISCOUNT
Pret oferta / Borcan

Produs	15g	50g	100g
Powder Opaque	48 lei	143 lei	270 lei
Opac Dentine	48 lei	143 lei	270 lei
Dentine	48 lei	143 lei	270 lei
Margin	48 lei	143 lei	270 lei
Natural Enamel	48 lei	143 lei	270 lei

Dinte natural


Restaurare cu CERAMCO 3

Lumină reflectată


Lumină transmisă

Suport: e-mail: marius@dentex.ro,
Marius Gheorghe - Tel.: 0726.777.111

Peste 60 de ani de experienţă şi înaltă performanţă în sterilizare

MELAG
competence in hygiene
Quality – made in Germany

Clasa Premium de la 8.400 EURO

MELAG este unul dintre liderii mondiali în domeniul tehnologiei sterilizării şi igienei.

Înfiinţată în 1951 la Berlin, compania MELAG şi-a focalizat eforturile şi resursele în producţia de echipamente pentru sterilizarea instrumentarului şi accesoriilor stomatologice.

De atunci, cele peste 500.000 de unităţi MELAG vândute în întreaga lume reprezintă materializarea eforturilor continue către calitate, performanţă şi succes.

Clasa Pro de la 4.600 EURO

MEDICA M3

Reprezentanţă şi service autorizat pentru echipamentele Melag

Str. Iuliu Haţieganu nr. 4, Cluj-Napoca, Tel/Fax.: 0264-591034, 0741-277069, www.medicam3.ro Email: marketing@medicam3.ro

CONTACT
Cristian Briciu
0741-277.081
cristi.briciu@medicam3.ro

PaX-i3D Green

Undă verde pentru sănătate! Radiologie 3D de calitate superioară

Doar **5.9 sec** sunt necesare unei imagini **3D** de calitate superioară

-80% doză de radiații

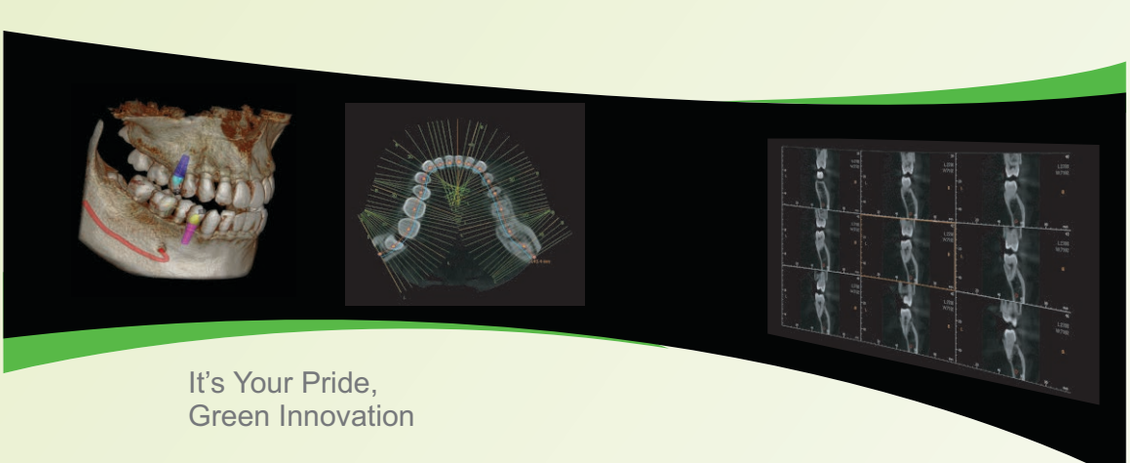
Magic Pano

- Primul CBCT cu ***cea mai mică doză de radiații*** şi ***cea mai mare rezoluție*** a senzorului!
- Timp de scanare CT: doar ***5,9 secunde***!
- Calitatea imaginii nu scade datorită mişcării pacientului, cum se întâmplă în cazul timpilor de expunere lungi
- Sistem ***3 în 1*** (CBCT, Pano, *OneShot* FPD Ceph)
- ***Multi FOV***: 50x50 până la 160x100mm
- ***Magic Pano***, funcție unică pentru imaginea panoramică

Pano

Cephalo

3D CBCT



It's Your Pride,
Green Innovation

Dental Pioneer
VATECH
VATECH Global
www.vatechglobal.com

Distribuitor autorizat:
MEDICAM3
Produse şi echipamente medicale
www.medicam3.ro

First International Perio - Transylvania Symposium

Prof. Dr. Anton Sculean - Director al Clinicii de Parodontologie, Universitatea din Berna, Elveția

Primul simpozion internațional Perio-Transylvania a avut loc în perioada 10-12 Aprilie 2014, la Sibiu, capitală europeană culturală din 2007.
Simpozionul a avut peste 300 de participanți veniți din toate colțurile țării dar și din Ungaria, Croația și Ucraina, reprezentați de medici dentiști din toate disciplinele medicinei dentare.
A fost primul simpozion internațional de o asemenea anvergură, desfășurat în medicina dentară în România, acreditat cu 14 credite europene la Bruxelles de către Consiliul European de Acreditare a Educației Medicale Continue (EACCME). Evenimentul s-a distins printr-o excepțională participare a unor lectori cu o deosebită reputație internațională în domeniile Parodontologiei și Implantologiei: Prof. Giovanni Salvi, Prof. Alpdogan Kantarci, Prof. Andreas Stavropoulos, Prof. Anton Sculean, Prof. Nikolaos Donos, Șef lucr. Corina Cristache, Prof. Holger Jentsch, Șef lucr Ion Nicolescu, Șef lucr. Raluca Cosgarea, Prof. Asoc. Sofia Aroca, Prof. asoc. Nikos Mardas, Prof. Dieter Boshardt, Conf. Horațiu Rotaru, Prof. Reinhard Gruber, Prof. asoc Sigrun Eick, Prof. Nicole Arweiler (www.atemedical.ro).
Prezentările de vârf orientate spre aspectele clinice relevante ale diagnosticului, biologiei, histologiei, microbiologiei orale și ale terapiei au oferit concepte de tratament pentru cazuri parodontale și implantologice complexe.
Simpozionul a inclus de asemenea, în data de 10 Aprilie, trei ateliere de lucru: două ateliere, susținute de Dl. Prof. Anton Sculean şi doamna Șef lucr. Raluca Cosgarea, care au prezentat sub forma unei părți teoretice și a unor exerciții practice tehnici chirurgicale inovative în domeniile terapiei chirurgicale regenerative și plastic-estetice; al treilea atelier condus de Dl. Prof. Holger Jentsch și doamna Prof. Asoc. Sigrun Eick a avut ca subiect diagnosticul microbiologic în medicina dentară și protocoale de tratament antibiotic în Parodontologia și Implantologia orală.
Pentru prima dată în România, după simpozion s-a organizat un atelier de lucru susținut de domnii profesori Anton Sculean, Alpdogan Kantarci și Andreas Stavropoulos pentru medicii rezidenți și pentru medicii tineri universitari. S-au pus în discuție aspecte științifice și practice privind cercetarea preclinică și clinică în Parodontologie, în Chirurgia Oro-Maxilo-Facială și în Implantologie orală.
Acest eveniment deosebit nu ar fi putut avea loc fără susținerea fidelă a partenerilor: Geistlich Biomaterials-Artis Biotech (Partener de platină), Botiss Dental și Straumann Implant Division (Parteneri de aur); Hu Friedy, Stoma, Alpha Bio, Megagen și Hain (Parteneri de argint); precum și multi alti parteneri importanți: Quintessence Romania, Medica M3, DEC, IMB, Listerine, Colgate, Implantium, Koine, Eurocom, Digi Ray, Terapia, Toyota - Lexus, La Fântâna.
Participanții la congres au avut parte nu numai de un program științific de o calitate extraordinară, dar au avut şi prilejul să socializeze cu referenții într-o atmosferă prietenoasă în cadrul pauzelor congresului și a cinei festive. Seara a fost îmbogățită de prezenzența formației pop Hazard, din Cluj - Napoca.
Centrul de congres al hotelului Ramada, situat în inima Sibiului, a oferit o atmosferă minutată pentru desfășurarea acestui eveniment de succes în medicina dentară.

Următoarea ediție a evenimentului științific Perio - Transylvania se va desfășura în 2017.

temco
TEHNO ELECTRO MEDICAL COMPANY
APARATURĂ MEDICALĂ. REPREZENTANȚĂ ȘI SERVICE

București, Cluj-Napoca, Brașov, Iași, Constanța, Ploiești, Bacău,
Oradea, Arad, Timișoara, Alexandria, Galați, Craiova, Brăila
Director departament - Dr. Mircea Puia - 0745.348.034
e-mail: mpuia@temco.ro

Schimbă-ți acum, prin sistemul buy back, echipamentele radiologice vechi cu ultimele modele de intraoral, panoramic și CT dentar de la liderul de piață Vatech Samsung!

PaX-i3D

Combine Pano + CT + Ceph
FOV 8x8 - 12x9 - 16x10.
Revoluționar: CT în 5,9 secunde.

VATECH

- Intraoral, RVG, scaner plăcuțe, printer.
- **Autorizare "La cheie", cursuri permis.**

PaX-i

VATECH

- OPT digital cu imagine de excepție.
- Modul Multifocus ultra HD - permite obținerea unor imagini cu focalizare perfectă în regiunile laterală și frontală, chiar și în cazul arcadelor atipice, al unor ușoare mispoziționări ale pacientului sau al mișcării limitate a pacientului în timpul rotației.
- Braț Ceph opțional.
- Upgrade - schimb ulterior cu CT dentar.

Noile modele de unit-uri Ritter.

ULTRA.E PERFORMANCE

Ritter

ULTRA.A PERFORMANCE

Cadou! Lampă fotopolimerizare plasmă, 3 secunde. Valoare 700 Euro.

- Modele noi de calitate înaltă produse în Germania.
- Prețuri începând de la 8800 Euro+TVA.
- Sterilizatoare, compresoare, sisteme aspirație.

Reprezentant autorizat pentru: DÜRR DENTAL · QuickLase · TKD · TARO · Bien-Air Dental

O alternativă estetică

Prof. Dr Daniel Edelhoff
Chief Senior Surgeon, Deputy Chair
Policlinic for Dental Prosthetics
Ludwig Maximilian University

Restaurări directe frontale din materialul compozit IPS Empress Direct

Prof. Dr Daniel Edelhoff, Munchen, Germania, Traducere Dr. Andrea Czimmerman

An esthetic alternative

Direct anterior composite restorations with IPS Empress Direct

ABSTRACT

Direct composite restorations offer a multitude of advantages: minimally invasiveness, instant esthetic and functional improvement of the clinical situation, direct clinical control over shade effects, possibility of applying modifications to suit the individual requirements of the patient and the avoidability of temporary restorations. Below are described a few clinical cases to illustrate the application possibilities of IPS Empress® Direct in the esthetic anterior region.

Key-words: direct esthetic restorations on fron teeth, minimally invasive restorations, esthetic and functional rehabilitation, shades, effects, instant results checkable immediately from esthetic and functinal point of view, esthetic composit material IPS Empress Direct

REZUMAT

Restaurările directe din materiale compozite oferă o multitudine de avantaje: minima invazivitate, îmbunătățirea instantanee a situației clinice din punct de vedere estetic și funcțional, controlul direct clinic asupra nuanțelor coloristice și efectelor, posibilitatea de a face modificări spre a se adapta cerințelor individuale ale pacientului și evitarea temporizării prin restaurări provizorii. Mai jos sunt descrise câteva cazuri clinice ce ilustrează posibilitățile de aplicare ale IPS Empress Direct în zona estetică frontală.

Cuvinte cheie: restaurări directe estetice pe zona frontală, preparație minim invazivă, reabilitare estetică și funcțională, nuanțe coloristice, efecte, rezultate imediate controlabile imediat dpdv estetic si funcțional,material compozit esteic IPS Empress Direct

Sistemele compozite moderne oferă o paletă versatilă de opțiuni de individualizare ce sunt comparabile cu fabricarea de restaurări indirecte în laboratorul dentar și se pot combina cu ușurință unele cu celelalte.

Primul caz clinic

O pacientă de 44 de ani se prezintă cu dorința de a-i remedia defectele extensive ale strucutrilor dentare din zona frontală maxilară (Fig. 1). Anterior, a făcut un tratament de reconstrucție ocluzală cu restaurări din ceramică presată la Innsbruck la Prof. DDr. Siegfried Kulmer și tehnicianul dentar Christoph Zobler, iar în acest proces DVO i-a fost înălțată.

În reconstrucția estetico-funcțională a dinților frontali, adițional ocluziei statice și dinamice, parametrii cheie luați în calcul au fost: raportul lungime - lățime a dinților, linia bipupilară și linia buzei inferioare în timpul surâsului (Fig. 2). Cum pacienta căuta cumva o nuanță mai deschisă a dinților săi, am aplicat selectiv câteva nuanțe de dentină din paletarul lui IPS Empress Direct și le-am polimerizat pe structurile dentare afectate, ce au fost izolate anterior cu vaselină lichidă spre a asigura reversibilitatea procesului.

Fig. 1 Situația inițială: Defectele generale ale structurilor dentare au condus la deteriorarea estetică și funcțională considerabilă a zonei frontale, inclusiv la pierderea ghidajului canin anterior.

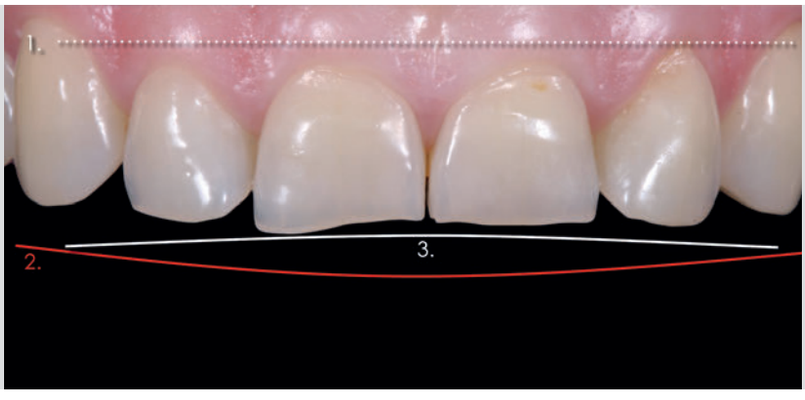


Fig. 2 Situația inițială: Dinții fontali prezentau mai ales defecte de abrazie cu ușoare eroziuni.
În procesul restaurativ trebuiesc luate în considerare două linii de referință importante: linia bipupilară (1) și linia surâsului la nivelul buzei inferioare (2). În acest caz, lungimea existentă a dinților frontali a deviat considerabil de la linia buzei inferioare cauzând o line negativă a surâsului (3).

Fig.3 și 4
Cu ajutorul unei freze diamantate flacără de granulație fină au fost create structuri asemănătoare lobilor de creștere.

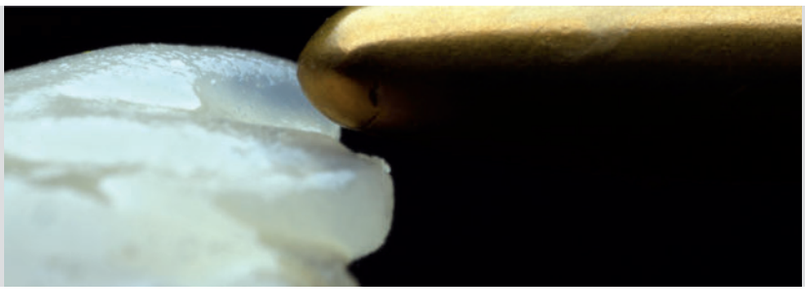


Fig. 5
Am aplicat, în cantități minime, mase de IPS Empress Direct dentină și mase de efect cum ar fi Trans și Opal în retentivitățile minuscule create.

Am selectat nuanța A2 ca fiind nuanța coloristică preferată a pacientei. Ulterior, am aplicat dentina și smalțul corespunzătoare. Spre a obține o tranziție armonioasă între restaurare și structura dentară existentă, am utilizat o tehnică "mai invazivă" de aplicare în straturi a materialului compozit. Utilizând freze diamantate flacără de finisat (cu inel roșu), am preparat, la nivelul structurilor dentare, o morfologie asemănătoare lobilor de creștere (Fig. 3 și 4). În retentivitățile astfel create, adițional dentinei, am inserat cantități fin dozate de Effecte ca Trans și Opal (Fig. 5).

În continuare stratificarea cu masele corespunzătoare de dentină și smalț poate fi făcută utilizând cheia de silicon sau o folie transparentă.

În cazul descris aici, restaurările au fost făcute fără cheia de silicon, luând în considerarea linia bipupilară și linia surâsului (Fig. 6). Rezultatul final al tratamentului a staisfăcut toate părțile implicate (Fig. 7).

Fig. 6 Imaginea cu modificările implementate. Formele dentare au fost reconstituite cu materiale de dentină și smalț utilizând liniile de referință ca reper. Linia negativă a zâmbetului a fot transformată într-o linie a surâsului pozitivă.

Fig. 7 Foto finală arată îmbunătățirea considerabilă estetică și funcțională obținută prin aceste restaurări. Proporțiile dinților sunt adecvate și lungimile dinților (linia surâsului) se armonizează cu linia buzei inferioare în timpul surâsului.

Fig. 8
Situația inițială (aspectul buzelor în ocluzie dinamică). Lungimea incisivilor centrali a scăzut datorită abraziei traumatice.

Fig. 9 Proporțiile dentare modificate. Raportul lungime - lățime calculat era de 89,9 %, lățimea dinților fiind de 8,9 mm. Spre a reconstitui proporția ideală lunigme- lățime de aprox. 80 %, dinții au trebuit alungiți cu 2,2 mm.

Fig. 10 Situația după aplicarea materialului compozit. S-a folosit aceeași procedură ca și în primul caz clinic (culoarea A2, IPS Empress Direct). Din paletarul de materiale de \efect s-a utilizat doar TRans (vezi stratificarea marginii incizale).

Al doilea caz clinic

Pacienta de 39 de ani s-a prezentat cu alterarea severă a proporțiilor incisivilor centrali superiori datorită defectelor extensive în structura dentară. Această situație avea consecințe adverse considerabile asupra aspectului ei estetic (Fig. 8). Am făcut o evaluare analitică a proporțiilor dentare prin măsurarea și determinarea raportului lungime - lățime, iar rezultatul a fost de 89,9 %. Lățimea existentă a dinților era de 8,9 mm. Spre a atinge proporția ideală e 80 %, marginea incizală trebuia alungită cu 2,2 mm (Fig. 9).
Am selectat nuanța A2 ca și nuanță coloristică a dinților. Fără anestezie, am creat structuri semănătoare lobilor de creștere în marginea incizală deja abrazată.

Am aplicat material de dentină în retentivitățile create, iar în acest proces am creat lobii de creștere. Între aceste "degete de dentină" am aplicat cantități minimale de Trans Effect. Am continuat aplicarea în straturi a materialului utilizând nuanțele corespunzătoare de smalț (Fig. 10).
Tehnica utilizată m-a ajutat să obțin o restaurare ce s-a integrat impecabil în structura dentară existentă. Forma anatomică se armonizează excepțional de bine cu ocluzia dinamică a pacientei. (Fig. 11).

Fig. 11
Imaginea finală a zonei frontale incluzând dinții mandibulari. Restaurarea demonstrează o estetică ideală și integrare funcțională în ocluzia dinamică.

Fig. 12
Situația inițială: Pacient tânăr de gen masculin, cu restaurări din material compozit inadecvate ale dinților 11 și 21. Sunt vizibile depozite albe marcate în smalț.

Fig. 13
Imaginea de final: După ce morfologia dentară a fost reconstruită utilizând materiale de dentină și smalț, s-au făcut indentații în suprafața compozitului și s-au obturat cu material în culoarea ambrei din paletarul lui IPS Empress Direct Color. La final, caracterizările au fost acoperite cu masă de smalț, iar restaurarea a fost finisată și lustruită.

Al treilea caz clinic

Un pacient tânăr de 17 ani s-a prezentat la clinică acompaniat de mama sa, prezentând restaurări de compozit inadecvate pe dinții 11 și 21 (Fig. 12). El dorea înlocuirea acestor restaurări. Odată ce am selctat nuanța coloristică adecvată, provocarea consta în imitarea depozitelor albicioase vizibile în structura dentară. Întâi, am reconstituit morfologia coronară, utilizând materiale de dentină și smalț în nuanța A3. Apoi, am făcut indentații ușoare în suprafața compozitului prin intermediul unei freze fine diamantate. Cu ajutorul sondei dentare am aplicat un strat foarte fin de material de culoarea ambrei - mierii ce există în paletarul IPS Empress Direct Color.

După fotopolimerizare, restaurarea a fost acoperită cu material de smalț și apoi finisată cu pietre de oxid de aluminiu și discuri de lustru active pe o față. Lustrul final a fost executat cu un filț de bumbac și pastă de lustru (Fig. 13). Obținerea unei culori individualizate, ca în acest caz, este posibilă numai datorită opțiunilor de staining prin pigmenți și mascare oferite de paleta coloristică a lui IPS Empress Direct Color.

Discuții și concluzii

Sistemele compozite moderne, așa cum este IPS Empress Direct, oferă clinicienilor dentari posibilitatea fabricării de restaurări directe înalt estetice. Pentru anumite indicații, aceste restaurări sunt comparabile cu restaurări indirecte concepute în laboratorul dentar. Un studiu clinic a evaluat restaurările anterioare directe din compozit, ce au fost inserate spre a corecta conturul dinților sau spre a închide diastemata, a arătat că rata de supraviețuire după 5 ani a fost de aproape 80 %. Cele mai frecvente complicații raportate au fost micile așchieri. Datorită avantajelor lor, restaurările directe frontale din compozit reprezintă o alternativă reală pentru restaurările indirecte, ce sunt de cele mai multe ori invazive.

Distribuitori autorizați Ivoclar Vivadent Clinical:

Dent Distribution Grup
Str. Logofăt Tăutu nr. 66, Sector 3
București, Tel. 021 308 57, 51
office@dentdistribution.ro,
www.dentdistribution.ro

Doriot Dent
Str. Barabas Bela nr. 18 A
Arad, Tel. 0257 254 638
office@doriotdent.ro
www.doriotdent.ro

Plurifarm Dent
B-dul. Prof. Dr. Gh. Marinescu,
nr. 43, Sector 5, București,
Tel: 0 21 316 22 25
office@plurifarmdent.ro

COLEGIUL MEDICILOR DENTIŞTI TIMIŞ
în colaborare cu
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
"VICTOR BABEŞ"
din Timişoara

organizează

CONGRESUL CU PARTICIPARE INTERNAŢIONALĂ ZILELE MEDICALE BĂNĂŢENE EDIŢIA a XIX - a MEDICINA MILENIULUI III

3rd Millenium Medicine
The International Congress of Medical Days in Banat
19th EDITION

Timişoara, 22-24 Mai 2014

INVITAŢI SPECIALI

Prof. Dr. Andrea Pilloni
Charman, Section of Periodontics, Sapienza University of Rome, School of Dentistry
Italia – PARODONTOLOGIE

Prof. Dr. Dr. h. c. Andrej M. Kielbassa
Danube Private University in Krems
Austria – ODONTOTERAPIE RESTAURATIVĂ

Prof. Dr. Ömer Görduysus
DDS, PhD, Hacettepe University, Faculty of Dentistry, Ankara
Turcia - ENDODONŢIE

Dr. Roland Török
DMD, Nürnberg,
Germania – IMPLANTOLOGIE

Informaţii generale:

Locaţia: Aula Magna a Universităţii de Medicină şi Farmacie "Victor Babeş" Timişoara,
Piaţa Eftimie Murgu nr.2

Limbile oficiale ale congresului: română şi engleză
Termenul limită pentru trimiterea rezumatelor este: 01.05.2014
Rezumatele vor fi trimise pe următoarea adresă de e-mail: boarium@yahoo.com, Dr. Marius Boariu, tel. 0722-701871
Congresul este creditat cu 50 puncte EMC de către CMDR.

Taxa de participare:

Medici dentişti	300 RON
Medici rezidenţi	150 RON
Medici pensionari şi peste 65 de ani	150 RON
Studenţi	gratuit

Informaţii suplimentare:
CMD Timiş
email: timis@cmdr.ro sau
Tel/Fax: 0356 – 881199
0356 – 442530

shenpoz
electrotherm group

FOCUS 4010

3.900 **euro** TVA inclus

NOU!

Repornire automată cu recuperare în cazul întreruperii curentului.

- 200 programe cu editare nume program
- ecran color cu comutare parametri/grafic de ardere
- răcire în 3 trepte, programabile
- uscare în 4 trepte, programabile

Cuptorul de ceramică Focus 4010 este soluția ideală și de încredere atunci când spațiul este limitat, când sunteți la început sau când doriți un raport bun între preț și arderi de calitate foarte bună.

Focus 4010 este mic în dimensiuni dar mare ca performanțe.

RATE FĂRĂ DOBÂNDĂ

*preţul include TVA

GRATUIT

1 Starter kit HeraCeram* (15 X 20 gr.) pentru orice cuptor cumpărat!

La alegere trei culori complete: opac(pulbere sau pastă), dentină, incizal, increaser, enhancer, opal incizal, opal transparent.

*pentru ofertă fără Starter Kit contactaţi-ne!

OFERTE SPECIALE

Truse* în orice combinaţie pentru orice cuptor cumpărat!

*de la 1 la 16 nuanţe

ALLIGATOR

SEDIU ALLIGATOR: Str. Eufrosin Poteca nr. 34, Sector 2 – BUCUREŞTI, Tel: 021-323.58.39 • Fax: 021-321.21.29
E-mail: office@alligator-dent.ro • www.alligator-dent.ro

Importanța igienei orale în menținerea rezultatului estetic al tratamentului prin proteză scheletată cu sisteme speciale

PREZENTARE DE CAZ

Şef Lucr. Dr. Oana Cella Andrei[1)], Asist. Univ. Dr. Livia Alice Tănăsescu[2)], Teh. Dent. Bogdan Dobrin[3)]
[1,2)] Disciplina de Protezare Parțială Mobilizabilă, UMF "Carol Davila" Bucureşti, [3)] Laborator privat

The importance of oral hygiene for maintaining the esthetic results in RPD with attachments
CASE REPORT

ABSTRACT

Removable partial denture with attachments is the only type of partial denture that satisfies both the functional and the esthetic expectations. The success of any esthetic rehabilitation depends, among other factors, on maintaining the color initially chosen for the artificial teeth. The color stability of the dental materials can be compromised by the bacterial flora existing in the oral cavity, by the saliva, smoking habits and by consuming food that contain artificial colorants. The patient's information and motivation for keeping a good oral hygiene is mandatory both for avoiding the damage of the oral tissues and for maintaining the esthetic results of the prosthetic treatment. The case presented here is a bimaxillary esthetically restored female patient, wearing two RPDs with attachments. The lack of hygiene and the excessive smoking determined changes in the color of the fotopolimerizabile resin artificial teeth that are located above the attachments. The color was initially recovered by sending the denture back to laboratory for polishing.
KEY-WORDS: RPD, attachments, esthetic rehabilitation, color stability, oral hygiene

REZUMAT

Proteza parțială scheletată cu sisteme speciale reprezintă singura alternativă de protezare mobilizabilă care satisface atât necesitățile funcționale cât şi pe cele estetice. Succesul sau eşecul unei restaurări estetice depinde, alături de ceilalți factori luați în considerare, şi de menținerea culorii inițiale a dinților artificiali. Stabilitatea coloristică a unui material dentar estetic poate fi compromisă în cavitatea bucală prin prezența florei microbiene, salivei, fumatului şi prin consumul frecvent al alimentelor bogate în coloranți alimentari. Educarea şi motivarea pacientului în vederea întreținerii unei bune igiene orale este indispensabilă atât pentru evitarea îmbolnăvirii țesuturilor de suport cât şi pentru menținerea rezultatelor estetice. Pacienta al cărei caz este prezentat în acest articol a fost restaurată estetico-funcțional bimaxilar prin două proteze parțiale scheletate cu capse, dar lipsa igienei şi fumatul excesiv au determinat modificarea coloristică a dinților artificiali din compozit situați deasupra sistemului de capse, situație care inițial a putut fi remediată prin relustruire în laborator.
CUVINTE-CHEIE: proteză parțială scheletată, sisteme speciale, restaurare estetică, stabilitate coloristică, igienă

Introducere

Cerințele estetice în continuă creştere ale pacienților determină medicii dentişti să aleagă soluții de tratament care să respecte aceste doleanțe. În cazul pacienților cu edentație parțială întinsă, mai ales al celor edentați terminal, proteza parțială scheletată cu sisteme speciale reprezintă singura alternativă de protezare mobilizabilă care satisface atât necesitățile funcționale cât şi pe cele estetice. Trebuie avut în vedere faptul că realizarea unei reabilitări care să țină cont doar de aşteptările estetice ale pacientului, în detrimentul asigurării unei bune funcționalități şi a unei bune protecții a structurilor aparatului dento-maxilar, reprezintă o mare greşeală. Succesul sau eşecul unei restaurări estetice depinde, alături de ceilalți factori luați în considerare, şi de menținerea culorii inițiale a dinților artificiali pe întreaga perioadă a existenței restaurării respective. Modificările coloristice determinate de diferiți factori intrinseci sau extrinseci pot varia de la unele inacceptabile din punct de vedere estetic până la unele care sunt doar perceptibile vizual.

Factorii extrinseci care determină modificarea culorii sunt reprezentați de coloranții din surse exogene: cafea, ceai, nicotină, diferite alimente, coloranți care determină impregnarea materialelor prin aderență sau penetrare. Stabilitatea coloristică a unui material dentar estetic poate fi compromisă în cavitatea bucală prin prezența florei microbiene, salivei, prin fumat şi prin consumul frecvent al alimentelor bogate în coloranți alimentari. Educarea şi motivarea pacientului în vederea întreținerii unei bune igiene orale este indispensabilă atât pentru evitarea îmbolnăvirii țesuturilor de suport cât şi pentru menținerea rezultatelor estetice [1,2,3,4,5,6]. Folosirea tabletelor efervescente ca metodă complementară de

Fig. 1. Radiografia panoramică inițială.

Fig. 2. Situația clinică după extracția dinților irecuperabili din cadranele 1 şi 4.

Fig. 3. Situația clinică după asanarea cavității bucale şi protezarea provizorie.

Fig. 4. Păstrarea DVO – aspect facial din normă frontală.

Fig. 5. Determinarea RIMO cu şabloane de ocluzie.

igienizare a protezei reduce substanțial biofilmul protezei prin scăderea semnificativă a numărului streptococilor mutans şi al bacteriilor aerobe [7,8,9,10,11,12]. De asemenea sunt absolut necesare şedințele periodice de curățare profesională fără de care rezultatele scontate în ceea ce priveşte durata de utilizare nu pot fi obținute [13,14]. Scopul acestui articol este de a conştientiza medicii dentişti să încerce să educe şi să motiveze pacienții în ceea ce priveşte importanța unei bune igiene (atât orale cât şi a protezei) pentru menținerea rezultatului estetic bun ce poate fi obținut cu ajutorul unei proteze scheletate cu sisteme speciale.

Prezentare de caz

Pacienta S.V., în vârstă de 53 de ani, s-a prezentat în cabinet pentru o reabilitare orală completă. La maxilar pacienta prezintă o edentație de clasa a II-a Kennedy cu trei modificări, iar la mandibulă o edentație de clasa a II-a Kennedy cu o modificare, ambele maxilare fiind incorect protezate. Existau de asemenea multiple procese carioase, netratate sau tratate incorect, precum şi depozite mari de tartru şi placă bacteriană. În prima şedință de tratament s-a realizat igienizarea cavității bucale prin detartraj, periaj, tratament antiinflamator şi antimicrobian local. Radiografia panoramică la prezentare (Fig. 1) a revelat necesitatea extracției mai multor dinți irecuperabili, ceea ce a modificat diagnosticul de edentație.

S-a realizat ablația lucrărilor protetice fixe, începând cu cadranele 1 şi 4 (Fig. 2), continuând apoi cu cadranul 3. În urma examenului clinic şi radiografic dinții 1.5, 1.7, 2.1, 2.5, 2.6, 3.8, 3.5, 3.4, 4.4 şi 4.5 au fost considerați irecuperabili şi au fost pe rând extraşi. În aceste condiții, la maxilar edentația a devenit clasa I Kennedy cu o modificare sau termino-fronto-terminală după Costa, iar la mandibulă clasa I Kennedy sau termino-terminală după Costa (Fig.3). S-au realizat tratamentele endodontice la nivelul dinților restanți maxilari, şlefuirea dinților 1.3 şi 2.3, precum şi confecționarea dispozitivelor corono-radiculare la nivelul dinților 1.2, 1.1 şi 2.2. Atât şlefuirea dinților cât şi protezarea provizorie au fost efectuate seriat, mai întâi prin coroane, apoi prin punte acrilică de la 1.1 la 2.2, urmărindu-se păstrarea DVO (Fig. 4).

După şlefuirea şi amprentarea grupului frontal superior în vederea obținerii elementelor de agregare s-au realizat şabloanele de ocluzie cu ajutorul cărora DVO stabilit în cabinet a fost transmis în laborator, pentru ca tehnicianul să pregătească proba componentei metalice a punții metalo-ceramice. La determinarea DVO au fost utilizate lucrările provizorii (Fig. 5). Montarea modelelor în ocluzor cu ajutorul acestor şabloane (Fig. 6) şi ulterior machetarea componentei metalice a elementelor de agregare au permis atât tehnicianului cât şi medicului să vizualizeze încă o dată spațiul vertical disponibil bilateral pentru cele două capse sagitale cu care urmează să se mențină proteza scheletată superioară (Fig. 7, 8).

Fig. 6. Montarea modelelor în ocluzor.

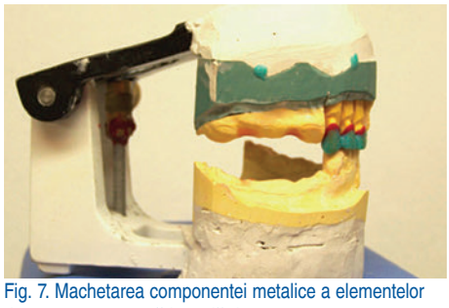


Fig. 7. Machetarea componentei metalice a elementelor de agregare – normă laterală dreapta.

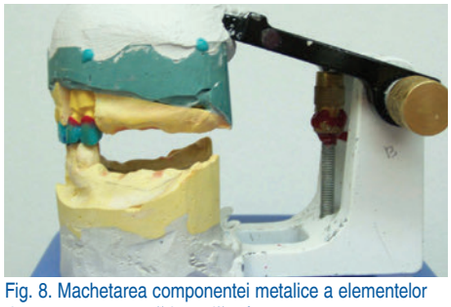


Fig. 8. Machetarea componentei metalice a elementelor de agregare – normă laterală stânga.

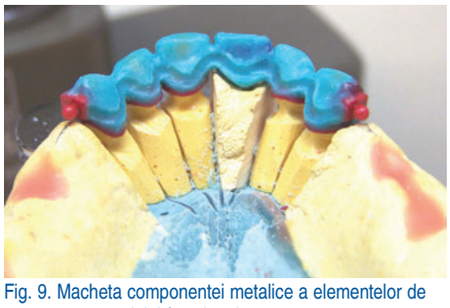


Fig. 9. Macheta componentei metalice a elementelor de agregare pe modelul funcțional.

Fig. 10. Aspectul estetic al elementelor de agregare după arderea de glanz.

Fig. 11. Aspectul spațiului vertical disponibil în cadranul 1.

Fig. 12. Îndiguirea şi cofrarea amprentei funcționale în vederea turnării.

Fig. 13. Macheta scheletului metalic pe modelul duplicat.

Pe macheta componentei metalice a elementelor de agregare tehnicianul a modelat în axa de inserție-dezinserție stabilită de către medic praguri orale cu rol principal în realizarea sprijinului dento-parodontal şi secundar în menținerea indirectă a protezei. Ulterior, machetele prefabricate ale patricilor capselor au fost lipite cu ceară foto-polimerizabilă (pentru minimalizarea contracției), având grijă ca acestea să fie centrate pe mijlocul crestei alveolare edentate şi poziționate în aceeaşi axă (Fig. 9).

După proba metalului şi proba de ocluzie a elementelor de agregare, a fost realizată arderea de glanz în vederea armonizării culorii dinților artificiali cu aspectul fizionomic şi doleanțele pacientei (Fig. 10). Spațiul vertical disponibil pentru realizarea dintelui artificial de pe capsă este redus (Fig. 11), astfel încât din motive de rezistență s-a luat decizia de a utiliza o fațetă de compozit fotopolimerizabil deasupra lăcaşului, în locul dintelui artificial corespunzător din garnitura de dinți acrilici prefabricați.

Peste elementele de agregare a fost luată o amprentă în alginat pentru confecționarea lingurii individuale. După ce aceasta a fost adaptată în cavitatea bucală, amprenta finală a fost realizată utilizând un silicon de adiție de consistență medie. Amprenta funcțională a fost îndiguită şi cofrată pentru a se păstra funcționalizarea marginilor (Fig. 12).

Macheta scheletului a fost realizată de către tehnician pe modelul duplicat turnat din masa de ambalat specifică metalului respectiv (Fig. 13).

Deasupra lăcaşelor pentru capse au fost aplicate retenţii sub formă de perle pentru materialul compozit.
După dezambalare, adaptare şi prelucrare scheletul metalic a fost trimis în cabinet pentru probă (Fig. 14). După proba în cabinet, pe scheletul metalic au fost pensulate substanţe de mascare, de culoare albă pentru dinţii de deasupra capselor şi de culoare roz pentru reţeaua şeilor (Fig. 15) pentru a obţine un aspect cât mai estetic.
După proba ocluziei dinţilor de compozit în cabinet, tehnicianul a montat în continuare pe şei dinţii artificiali acrilici din garnitura prefabricată, definitivând astfel macheta protezei superioare (Fig. 16) care a fost de asemenea probată şi apoi retrimisă în laborator pentru pregătire şi ambalare în vederea obţinerii protezei finale (Fig. 17).
Aplicarea matricilor capselor se face la final, cu instrumente speciale, calibrate, după indicaţiile medicului privind duritatea, în funcţie de codul de culoare al fiecărui fabricant (Fig. 18). Cimentarea elementelor de agregare se realizează în etapa de aplicare a protezei, cu proteza poziţionată corect pe câmpul protetic, în ocluzie – dacă există antagonişti (Fig. 19).
După aplicarea protezei superioare s-a trecut la realizarea protezei mandibulare, urmărind aceleaşi etape de lucru. Componenta metalică a elementelor de agregare a fost modelată şi patricile au fost aplicate în axa de inserţie analizată şi stabilită la paralelograf (Fig. 20). Au fost modelate praguri orale şi interlock-uri (Fig. 21). După proba metalului şi proba ocluziei, elementele de agregare au fost armonizate coloristic cu dinţii arcadei superioare (Fig. 22), apoi a fost confecţionată o lingură individuală cu care s-a luat amprenta funcţională în care a fost turnat modelul funcţional. Acesta a fost deretentivizat şi foliat în vederea duplicării (Fig. 23).
După turnare, scheletul metalic este prelucrat şi adaptat pe modelul funcţional, apoi trimis în cabinet pentru probă (Fig. 24.). Ulterior are loc determinarea de ocluzie cu ajutorul valurilor de ocluzie montate direct pe schelet şi apoi tehnicianul montează dinţii artificiali şi retrimite în cabinet, pentru probă, macheta protezei (Fig. 25.). În şedinţa de probă a machetei s-a observat că deja faţetele de compozit ale protezei superioare purtate de pacientă timp de maximum 2 luni erau îngălbenite din cauza lipsei de igienă şi fumatului excesiv (Fig. 26.). Acest neajuns se poate iniţial corecta prin re-lustruire în laborator, astfel încât aspectul estetic să redevină cel dorit (Fig. 27.). Dacă însă pacienta nu îşi îmbunătăţeşte tehnicile de periaj şi nu reduce cantitatea de ţigări fumate zilnic, impregnarea se va produce în profunzime, necesitând înlocuirea completă a compozitului faţetelor.
După finalizarea şi finisarea protezei (Fig. 28), elementele de agregare şi proteza s-au trimis în cabinet pentru adaptarea ocluzală a protezei si aplicarea întregii restaurări. Cimentarea elementelor de agregare s-a făcut în ocluzie şi cu proteza inserată corect. Adaptarea dintre proteză şi elementele de agregare trebuie să fie perfectă (Fig. 29) pentru ca restaurarea protetică să funcţioneze şi să se integreze în aparatul dento-maxilar al pacientei.

Fig. 14. Scheletul metalic pe modelul funcţional.

Fig. 15. Aspectul lucrării protetice după realizarea dinţilor de compozit.

Fig. 16. Macheta protezei superioare pe model – normă laterală.

Fig. 17. Proteza scheletată superioară cu capse la gata – normă ocluzală.

Fig. 18. Instrumentul calibrat şi matricea capsei.

Fig. 19. Aplicarea protezei şi cimentarea elementelor de agregare.

Fig. 20. Aplicarea patricilor capselor la paralelograf cu pensa specială.

Fig. 21. Macheta componentei metalice a elementelor de agregare cu praguri, interlock-uri şi patrici.

Fig. 22. Elementele de agregare finalizate.

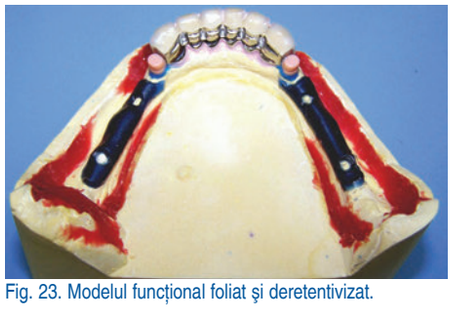


Fig. 23. Modelul funcţional foliat şi deretentivizat.

Discuţii

Protezarea edentaţiei parţiale cu ajutorul protezei scheletate cu sisteme speciale prezintă frecvent dificultăţi în aplicarea primului dinte artificial al şeii din cauza dimensiunii reduse a spaţiului vertical disponibil. În anumite situaţii, utilizarea unui dinte artificial acrilic este imposibilă sau riscantă din cauza pericolului de desprindere şi a aspectului estetic deficitar (transpare acrilatul roz subiacent).

☞ pag. 20

Exakto-Rock S – gipsuri universale pentru cele mai exigente cerințe

Sistemul de management al calității şi moderna linie de producţie a firmei bredent garantează stabilitatea calității - condiție de bază pentru succesul dumneavoastră.

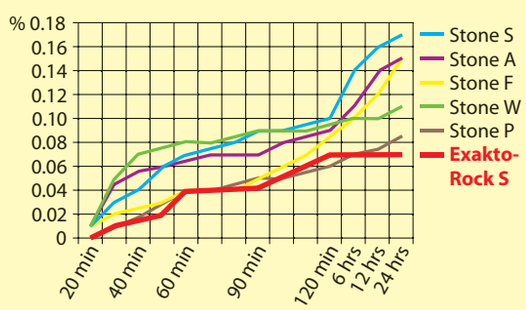
Date tehnice - Exakto-Rock S - clasa a IV-a

Culoare	maro, fildeş
Proporția amestecului	100 g / 20 ml
	apă distilată
Timp de saturare	20 sec
Timp de amestec manual	20 sec
Timp de amestec în vacuum	40-60 sec
Timp de prelucrare	5-6 min
Timp de întărire (timp Vicat)	approx. 10 min
Demulare după	40 min
Rezistență la apăsare după o ora -	peste 60 MPa
Rezistență la apăsare după 24 ore -	85 MPa
Duritatea după o oră(Brinell)	200 MPa
Duritarea după 24 de ore (Brinell)	280 MPa
Expansiunea lineară după două ore	<0,08% (fără expansiune ulterioară)

Expansiunea gipsurilor diferiților fabricanți

Adaptarea perfectă cu materialele de amprentare este asigurată datorită expansiunii finale limitate de numai 0,08%. Astfel schimbările nedorite ale modelului sunt evitate, precizia fiind garantată.

Gipsurile altor fabricanți continuă să expandeze chiar şi după două zile, cauzând astfel modificări importante ale modelului cu efecte negative asupra adaptării lucrării protetice.



Culoare - Fildeş:
1 x 2 kg REF 570 0SE5 2
5 x 2 kg REF 570 0SE5 1
10 x 2 kg REF 570 0SE5 0

Culoare - Maro:
1 x 2 kg REF 570 0SB5 2
5 x 2 kg REF 570 0SB5 1
10 x 2 kg REF 570 0SB5 0

Accesorii

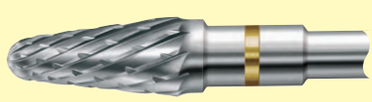
Solicitați programare pentru test comparativ în laboratorul dumneavoastră.

Discount-uri până la 25%
în funcție de cantitatea comandată.

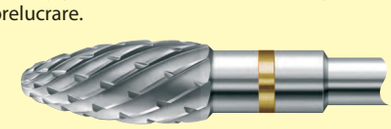
Generația M – Freze cu şlefuire progresivă

Schimbarea unghiului de incidență duce la efectul de aşchiere a materialului comparativ cu răzuirea, obținându-se o suprafață mai netedă şi prelungirea duratei de viață a frezei.

H263 M7 40
Dentiția grosieră M7 împreună cu forma clasică permit frezarea cu acuratețe a bonturilor fără ciobirea marginilor.



H274 M7 40
Combinația dintre suprafața fină şi prelevarea masivă de material permite economisirea timpului de prelucrare.



bredent

Str. Iancu Brezeanu Nr. 16, Timisoara, Romania
Tel.: +40 723 57 33 58; Tel./Fax: +40 256 47 26 41; www.bredent-tim.ro

bredent-tim

Aceste neajunsuri se pot evita dacă se decide ca dintele de deasupra capsei să fie din material compozit sau din ceramică, aplicate direct pe scheletul metalic. Păstrarea aspectului estetic inițial, obținut în urma parcurgerii riguroase şi atent gândite în acest scop a tuturor etapelor clinico-tehnice de realizare a protezei scheletate cu sisteme speciale, poate fi afectată de instabilitatea coloristică a dinților artificiali folosiți.

În 1998 Rosentritt a găsit răşinile acrilice mai stabile coloristic comparativ cu materialele compozite de laborator [15], iar în 2008 Koksal a demonstrat că masele ceramice prezintă o stabilitate coloristică superioară acrilatului [16]. Dinții artificiali din compozit sunt preferați de multe ori celor ceramici pentru că aceştia din urmă produc o uzură accentuată a antagoniştilor. Totodată, reparațiile dinților din compozit sunt posibile şi relativ facile, în timp ce defecțiunile la nivelul celor din porțelan sunt dificil sau uneori imposibil de remediat.

Rosentritt arată că o bună igienă, atât bucală cât şi a protezei, micşorează colorarea extrinsecă a dinților, chiar şi a celor din compozit iar Koksal demonstrează că stabilitatea coloristică este dependentă de durata contactului cu agentul colorant. De asemenea Rosentritt mai demonstrează că, în condițiile unei bune igiene bucale, lustruirea dinților acrilici şi a celor din compozit, realizată din 6 în 6 luni, face ca modificările de culoare semnalate să fie clinic acceptabile. În cazul clinic prezentat, igiena deficitară determină modificări coloristice evidente după două luni care au putut fi înlăturate prin re-lustruire în laborator.

Alături de alimentele care sunt dovedite a avea proprietăți de pătare, Patil demonstrează efectul fumatului asupra modificărilor coloristice care pot să apară la dinții artificiali ai protezei [17], fapt constatat şi la pacienta din acest caz. Substanțele abrazive de curățare de tipul pastelor de dinți pot afecta de asemenea stabilitatea coloristică, rugozitatea şi luciul materialelor compozite [18], de aceea se recomandă spălarea protezelor cu apă şi săpun. Da Silva arată că imersarea repetată a protezei în soluții de curățare nu afectează negativ stabilitatea coloristică a dinților artificiali [19], deci poate fi folosită cu succes ca metodă complementară de igienizare.

Concluzii

Proteza scheletată cu sisteme speciale reprezintă o modalitate de tratament ale cărei etape de realizare şi costuri impun ca restaurarea să aibă o durată suficient de mare de utilizare. Pentru a putea menține pe termen cât mai lung rezultatele funcționale şi estetice obținute, pacienții trebuie să participe la un program de dispensarizare. În timp, estetica este influențată de stabilitatea coloristică a materialelor utilizate, ea devenind criteriu de

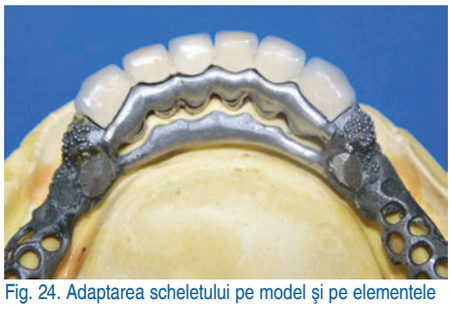


Fig. 24. Adaptarea scheletului pe model şi pe elementele de agregare.

selecție, fără a afecta însă funcționalitatea şi durabilitatea. Curățarea conştiincioasă a protezelor prin spălare cu apă şi săpun şi folosirea mijloacelor auxiliare de igienizare permit menținerea rezultatelor estetice.

Colorațiile extrinseci pot fi îndepărtate eficient prin re-lustruire în laborator în cadrul şedințelor de dispensarizare. Pentru a obține rezultatele dorite trebuie să se respecte un interval de timp între şedințe care variază, în funcție de cantitatea de țigări fumate sau consumul alimentelor cu proprietăți de pătare, dar care nu trebuie să fie mai mare de 6 luni.

Bibliografie

1. Lechner SK, Mac Gregor AR Removable Partial Prosthodontics: a case-orientated manual of tratament planning. Ed. Wolfe, 1994:47
2. Nesbit SP Treatment Planning in Dentristry (Second Edition) Mosby 2007; 9:213-232
3. Sadig W The denture hygiene, denture stomatitis and rol of dental hygienist. Int J Dent Hyg 2010; 8(3):227-230
4. Yeung Al, Lo E C, Chow T W, Clark R K. Oral health status of patients 5-6 years after placement of cobalt-chromium removable partial dentures, J. Oral Rehabil. 2000; 27(3):183-932
5. Budtz-Jorgensen E, Bochet G Alternate framework designs for removable partial dentures. J Prosthet Dent 1998; 80(1):58-66
6. Bureau GP Tooth supported Stud-retained Prostheses: Three Cas Reports. Dental Update 2003; 30:389-396
7. Berteretche MV, Mastari F, Nicolas E, Hee O The needs of denture-brushing in geriatrics: clinical aspects and perspectives. Gerodontology 2012; 29(2):768-771
8. Cruz PC, de Andrade I M, Peracini A, et all The effectiveness of chemical denture cleansers and ultrasonic device in bio film removable from complet dentures. Journal of applied Oral Science 2011; 19(6):668-673
9. de Feitar Fernandes FS, Pereira Cenci T, da Silva WY, et all Efficacy of denture clansers on Candida spp. Biofilm formed on polyamide and polymethil methacrylate resin. J Prosthet Dent 2011; 105:51-58
10. Machado de Andrade I, Costa Cruz P, Lovato da Silva CH, et all. Effervescent tablets and ultrasonic devices against Candida and mutans streptococci in denture biofilm. Gerodontology 2011; 28(4):264-270
11. Takamiya A S, Monteiro D R, Barao V., et all Complet denture hygiene and nocturnal wearing habits among patients attending the Prosthodontic Department in a Dental University in Brasil. Gerodontology 2011; 28(2):91-96
12. Vieira A P , Senna P M, Silva W J, Del Bel Carry A A. Long term efficacy of denture cleansers in preventing Candida spp biofilm recolonization on liner surface, Braz. Oral. Res. 2010; 24: 342-348
13. Ribeiro DG, Pavarina AC, Giampaolo ET, et all Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers: longitudinal study. Gerodontology 2009; 26:150-156
14. Zenthofer A, Dieke R, Wege K C, et all Improving oral hygiene in the long term care of the elderly- a RCT, Community Dentistry and Oral Epidemiology 2013; 41(3):261-268
15. Rosentritt M, Esch J, Behr M et al In vivo color stability of resin composit veneers and acrylic resin teeth in removable partial dentures. Quitessence International 1998; 29(8):518-522
16. Koksal T, Idil D Color stabililty of different denture teeth materials against various staining agents. Dent Mater 2008; 27(1):139-144
17. Patil SS, Dhakshaini MR, Gujjari AK Effect of Cigarette Smoke an acrylic Resin Teeth. J. Clin. Diagn. Res. 2013; 7(9): 2056-2059
18. Jain V, Platt JA, Moore K et al Color stability, gloss and surface roughness of indirect composite resins J Oral Sci 2013; 55(1):9-15
19. da Silva PMB, Acosta EJTR et al Effect of repeated immersion solution cycles on the color stability of denture tooth acrylic resin. J. Appl. Oral Sci. 2011;19(6): 623-627

Fig. 25. Proba machetei protezei inferioare.

Fig. 26. Aspectul inestetic al fațetelor de compozit ale protezei superioare.

Fig. 27. Aspect estetic final al pacientei.

Fig. 28. Proteza scheletată finalizată şi elementele de agregare – vedere ocluzală.

Fig. 29. Adaptarea dintre proteză şi elementele de agregare – vedere linguală.

NEW

:DENTEX

10 ani împliniți!

DISTRIBUITOR EXCLUSIV AL CELUI MAI MARE PRODUCĂTOR DE GIPSURI: **MUTSUMI CHEMICAL INDUSTRIES CO. LTD** Japonia

Cu o experiență de 70 de ani în producția gipsurilor dentare
MUTSUMI CHEMICAL INDUSTRIES CO. LTD produce gipsuri clasele III, IV și V

Clasa III:
- EDO WINNER STONE
- HIRO STONE / ORTO / ARTI

Clasa IV:
- EDO ROCK MAX
- HIRO ROCK / HARDROCK / BASE STONE

CLASA V:
- EDO PREMIUM STONE

Disponibil în culorile:
Alb · Verde · Galben · Roz · Albastru · Golden Brown · Polar White

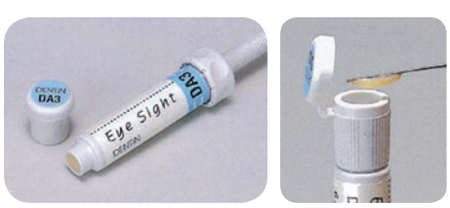
Prețuri începând de la 28 lei / 3 kg!

CALITATE JAPONEZĂ FĂRĂ COMPROMISURI
Mutsumi
PREȚ ROMÂNESC FĂRĂ CONCURENȚĂ

EYE SIGHT - COMPOZIT FOTOPOLIMERIZABIL HIBRID PENTRU COROANE ȘI PUNȚI DENTARE INCLUSIV COROANE TOTAL FIZIONOMICE

FABRICAT ÎN JAPONIA • 81% ÎNCĂRCĂTURĂ DE PARTICULE DUOS CERAMICE

- Suprafață cu aspect natural
- Stabilitate coloristică pe termen lung
- Tehnologie superioară a particulelor DUOS & Nano Technology
- Stratificare cu ușurință



- **Seringă 6 g 109 lei sau 18 lei / gram**
- **Intro Kit A3 – 730 lei**

Suport: e-mail: marius@dentex.ro, Marius Gheorghe - Tel.: 0726.777.111

Showroom-uri DENTEX

BUCUREȘTI:
Str. Vatra Luminoasă nr. 47; Sector 2 - București
Tel: 021.256.91.33; Fax: 021.250.10.98
Vodafone: 0726.DENTEX (0726.336.839)
Orange: 0755.999.777
E-mail: sales@dentex.ro

CLUJ:
Str. Traian nr. 53 - Parter
Vodafone: 0734.300.444
Tel./Fax: 0264.55.77.33
Orange: 0758.55.99.99
E-mail: cluj@dentex.ro

IAȘI:
Bd. Nicolae Iorga nr. 8, Bl. 901 A, Iași
Tel.: 0232.233.322
Mobil: 0731.774.444
E-mail: iasi@dentex.ro,
liliana.danila@dentex.ro

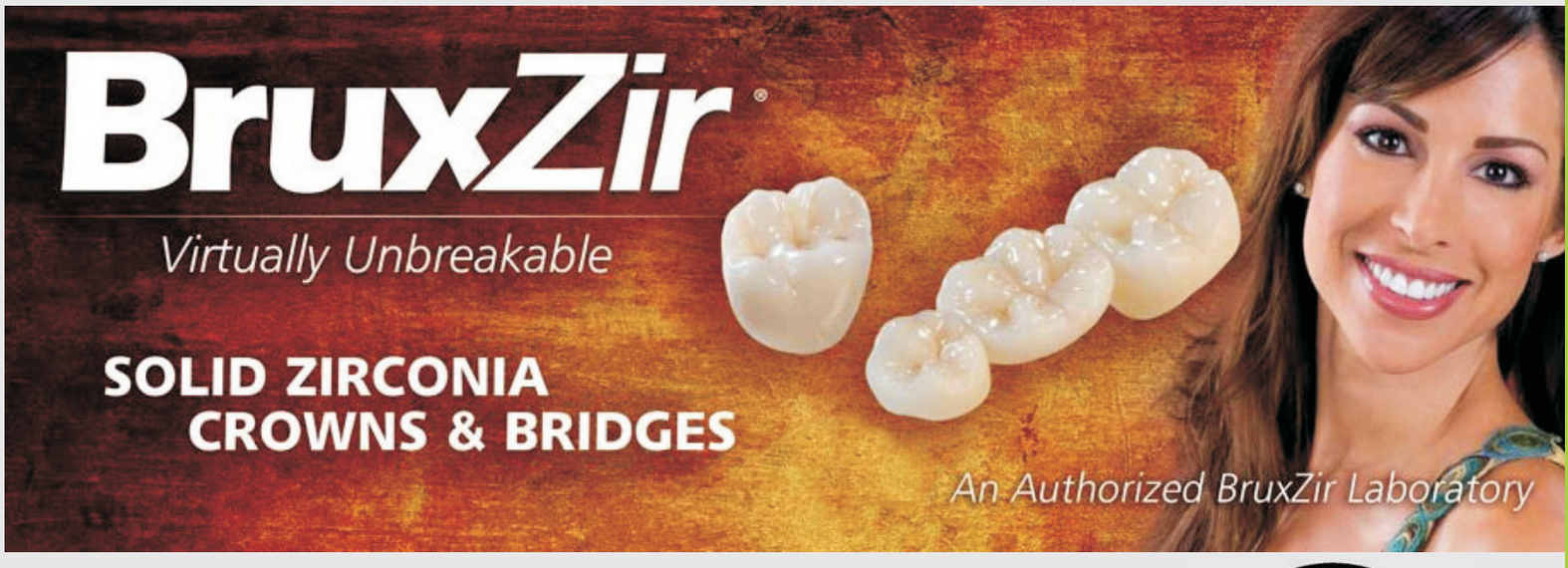
TIMIȘOARA:
Str. Independenței nr. 7
(lânga P-ța. Bălcescu)
Tel./Fax: 0256.490.806
Mobil: 0731.88.33.33; 0756.88.88.66
E-mail: timisoara@dentex.ro

CONSTANȚA:
Bd. Mamaia nr. 233
Tel./Fax: 0241.644.950
Tel.: 0736.00.44.77
E-mail: constanta@dentex.ro

admdent
CAD/CAM MILLING CENTER

CENTRU SINTERIZARE LASER ȘI FREZARE CAD/CAM

Rezultate excepționale cu ajutorul noilor tehnologii CAD/CAM și DMLS
Pentru dentiști și tehnicieni din toată țara!



Ploiești, Str. Horia Nr. 38
Tel: 0745 309 286
Fax: 0244 593 251
e-mail: office@admdent.ro
web: www.admdent.ro

Authorized BruxZir® LABORATORY

TIANA DENT
import şi distribuţie

adresa: str. T. Arghezi nr.7, Sibiu
tel: 0756.163.143
fix: 0269.436.425
fax: 0269.211.781
email: tianadent@gmail.com

www.tianadent.ro

DISCOUNT

15% discount la cuptorul de ceramică **P310** și pompa vid Vp3
+
60% discount la IPS InLine Basic Kit

5% discount la cuptorul de ceramică **P510** și pompa de vid Vp4
+
GRATUIT
IPS InLine Basic Kit

DISCOUNT

tehnologie **infraroșu**

30% discount

Discount de **30%** la kit-urile de ceramică **IPS InLine** și **IPS e.max***

ivoclar vivadent

*OFERTA BUY-BACK

[EDIȚIA 006]

Maraton de Estetică Dentară Modernă

[ÎNREGISTRAȚI-VĂ ACUM]

Pentru Medici Dentiști

Pentru Tehnicieni Dentari

31 Oct. – 1 Nov. 2014

Grand Hotel Italia***, Cluj - Napoca**

Prof. Dr. Francesco Mangani MD,DDS, Italia
Odontoterapie restaurativă minim invazivă, estetică dentară și endodonție.

Dr. Dan Pătroi, România
Protetică fixă, ocluzologie și estetică dentară

MDT Annette von Hajmasy, Germania
Implantologie, estetică dentară, analiză facială și funcțională în protetica dentară și tehnologia de presare a materialelor compozite și a ceramicii.

Dr.Dr. Bogdan Bâldea, România
Protetică dentară și restaurări protetice pe implanturi

Dr. Markus Lenhard, Germania
Odontoterapie restaurativă, parodontologie și estetică dentară.

CDT Cristian Petri, România
Restaurări protetice fixe, punți telescopate, suprastructuri pe implanturi.

MDT Robert Zubak, Slovacia
Ceramist dentar, specializat în mase ceramice, tehnologia presării , în estetică dentară, morfologie, design grafic, stomatologie digitală.

Dr. Petr Hajný, Cehia
Estetică dentară, restaurări integral ceramice și stomatologie digitală.

Organizator:

DORIOT DENT

Programul detaliat și Formularul de înscriere se găsesc pe:
www.doriotdent.ro

Powered by:

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Planificat, presat, acoperit prin stratificare

Restaurarea complexă a unui caz cu eroziune dentară utilizând IPS e.max Press

Dr Andrea Klink, Tübingen şi Benjamin Votteler, MDT, Pfullingen, Germania, Traducere Dr. Andrea Czimmerman

Planned, pressed, layered

The complex restoration of eroded dentition using IPS e.max Press

ABSTRACT

A growing number of people are consulting dental practices about problems that do not involve tooth damage resulting from carious processes. Their complaints are the result of erosion, abrasion and attrition. Erosion is often caused by chemical processes. The increase in the consumption of low-pH foods has a negative influence on the overall health of teeth. In many cases, adolescents are affected. The young age of these patients presents an additional challenge to the therapeutic measures. Treatments are aimed at achieving a stable longterm result, which corresponds to the expectations of the patients. Modern all-ceramic materials produce esthetic, functional and "stable" results, which restore the oral environment and in many cases the psychological well-being of the patient. Together with clinically proven adhesive bonding systems (e.g. the all-ceramic system IPS e.max®), these materials open up new possibilities for patient-oriented dentistry. The following case study describes a very complex treatment plan, involving the restoration of the complete dentition, and it illustrates the successful outcome. Furthermore, the restorative possibilities offered by digital technology in combination with traditional dental lab techniques (individualized ceramic layering) are shown.

Key-words: loss of vertical dimension, dental erosion, secvential preparation, anterior and posterior teeth, wax-up, mock-up, pressed ceramic, monolithic crowns in the posterior region, anterior crowns individualized by layering, esthetic and functional blend-in

REZUMAT

Un număr din ce în ce mai ridicat de oameni se adresează cabinetelor dentare datorită unor probleme ce nu implică leziuni dentare cauzate de procesele carioase. Nemulțumirea lor este cauzată de eroziune, abrazie și atriție. Eroziunea este frecvent cauzată de procese chimice. Creșterea consumului de alimente cu pH scăzut are o influență negativă asupra stării generale de sănătate a dinților. În multe cazuri sunt afectați adolescenții.

Vârsta tânără a acestor pacienți este o provocare în sine pentru măsurile terapeutice. Scopul tratamentelor este acela de a atinge rezultate stabile pe termen lung, fapt ce corespunde așteptărilor pacienților. Materialele integral ceramice moderne de restaurare furnizează rezultate estetice, funcționale și stabile privitor la mediul oral și în multe cazuri influențează psihologic starea de bine a pacientului. Împreună cu sistemele de cimentare adezivă, aceste materiale (de ex. sistemul integral ceramic IPS e.max) deschid noi posibilități pentru o dentistică orientată către pacient. Următorul studiu de caz descrie un plan de tratament extrem de complex, implicând restaurarea completă a dentației și ilustrează rezultatul final de succes. Mai mult, sunt arătate posibilitățile restaurative oferite de tehnologia digitală în combinație cu tehnicile tradiționale de laborator dentar (acoperirea ceramică în straturi individualizate).

Cuvinte cheie: pierdere de dimensiune verticală, eroziuni dentare, preparare secvențială, dinți frontali și laterali, wax-up, mock-up, ceramică presată, coroane monolitice în zona laterală, coroane frontale individualizate cu ceramică de acoperire, integrare estetică și funcțională.

Eroziunile dentare severe necesită frecvent măsuri de restaurare complexe. Acestea includ un plan de tratament protetic sistematic și materiale testate clinic.

Fig. 1 Fotografie portret înainte de tratament.

Fig. 2 Situația inițială. Dentație fără leziuni carioase, cu pierdere de dimensiune verticală secundar eroziunii de 2 până la 3 mm.

Fig. 3
Procedura secvențială din timpul preparării tuturor dinților frontali și laterali.

Studiu de caz

Pacienta s-a adresat echipei dentare deoarece dorea să își îmbunătățească aspectul și funcționalitatea dinților (Fig.1). Tânăra se plângea că nu mai poate inciza și mastica cum trebuie. I se părea că incisivii erau prea scurți și modificați la culoare. Dinții erau gri-gălbui ca rezultat al pierderii smalțului dentar. În plus se plângea că dinții se aplatizaseră și acuza dureri în timpul actului masticator. Dorința ei era de a avea dinți fronatli uniformi, cu aspect natural și să fie aptă să mestece fără să simtă durere. Dentistul i-a recomandat să-i confecționeze coroane de înveliș metalo-ceramice pe absolut toți dinții. În numeroase ocazii anterioare dinții pacientei fuseseră restaurați direct prin augmentare cu materiale compozite. Rezultatele acestor măsuri restaurative au durat o perioadă scurtă.

Istoric dentar

În timpul primei consultații s-a stabilit că pacienta consumase băuturi pe bază de cola timp de mulți ani. Anamnestic pacienta nu suferea nici de bulimie, nici de reflux gastro-esofagian. Pacienta avea o dietă echilibrată și o stare de sănătate generală bună. Examenul clinic și radiologic au arătat că pacienta nu avea leziuni carioase active, ci restaurări directe din materiale compozite pe fețele vestibulare ale grupului frontal superior, precum și pe suprafețele ocluzale ale dinților laterali. Diagnosticul a fost stabilit pe baza documentelor fotografice, evaluarea modelelor de studiu și a analizei funcționale. Examinarea a decelat o ocluzie clasa 1 cu contacte statice pe toți dinții. Musculatura masticatoare, a gâtului și umerilor era moderat sensibilă la palpare, în timp ce ATM nu prezenta deloc sensibilitate dureroasă la palpare, nici cracmente sau limitări ale mecanicii mandibulare la deschiderea cavității bucale. În poziția de repaus, inocluzia fiziologică era de 5 spre 6 mm. Spațiul fonetic era de 4 spre 5 mm.

În restaurarea cazurilor cu pierdere a DVO, o gutieră ocluzală este indispensabilă.

Diagnosticul arăta o pacientă cu dentație adultă, cu plan de ocluzie prăbuşit datorită unei eroziuni de 2-3 mm (Fig.2).

Pentru a restaura dimensiunea verticală fiziologică, am sugerat fabricarea de restaurări minim invazive, integral ceramice, colate adeziv, pe toți dinții.

Preprotetic

Pasul inițial a implicat confecționarea unei gutiere ocluzale. De abia după ce s-a stabilizat ocluzia cu noua DVO, poate avea loc reconstrucția definitivă a DVO. În acest caz, s-a fabricat o gutieră ocluzală cu ocluzie echilibrată pe baza unei înregistrări a RIMO în noua DVO și a modelelor montate în articulator (Rotofix, Amman Girrbach).
Pacienta a fost instruită să poarte gutiera zilnic, timp de 24 de ore pentru următoarele 6 luni și să vină regulat la cabinet. În următoarele 6 luni, gutiera a fost ajustată de mai multe ori în raport particular cu ocluzia dinamică. După această perioadă s-a luat o amprentă cu gutiera pe loc. Modelul corespunzător a fost montat în articulator împreună cu modelul maxilar orientat după reperele craniene. Am produs un ghid incizal, ghid ce servea ca măsură pentru fabricarea wax-up-ul și a restaurărilor defiinitive ulterioare. Au fost modelate wax-up-urile pentru toți cei 28 de dinți în acord cu parametrii estetici și funcționali. În timpul acestui proces de modelare în ceară, structurile dentare existente au fost augmentate și au fost documentate cerințele de preparare și de spațiu pentru a obține o situație fiziologică ideală.

Preparațiile pentru restaurările permanente

Pe baza modelelor duplicate de wax-up s-au luat amprente pentru a produce un mock-up intra-oral (Telio CS). Acest mock-up a fost utilizat spre a evalua parametrii estetici și fonetici. Preparațiile trebuiau să asigure menținerea exactă a DVO definită de gutieră. Prin urmare, a fost necesară o procedură de preparare extrem de sistematică a zonei de suport. În acest scop, am avut o abordare secvențială. Am preparat întâi dinții superiori și s-au luat amprente RIMO. Mandibula a fost preparată într-o ședință ulterioară. S-au luat amprente și s-au fabricat restaurări provizorii cu ajutorul lor (Telio CS). Lucrările provizorii au fost fixate cu un ciment provizoriu fără eugenol, care să nu inhibe cimentul definitiv de fixare adezivă a restaurărilor definitive. În plus, am alungit cervical coroanele dinților 31 și 42 spre a armoniza estetic festonul gingival. Apoi, am preparat dinții madibulari pentru a primi restaurările definitive. Și aici abordarea a fost secvențială, utilizând amprentele RIMO. (Fig.3). Informațiile culese astfel au fost utilizate spre a transfera modelele în articulator. Am produs și o înregistrarea cu arcul facial. Și dinții inferiori au primit restaurări provizorii confecționate ca și provizoriile pentru dinții maxilari.

Fig. 4
Modelele master pentru fabricarea coroanelor individuale integral ceramice.

Fig. 5
Modelul maxilar a fost fixat în articulator în concordanță cu planul orizontal de referință. Am transferat exact situația fiziologică ocluzală.

Fig. 6
Coroanele de pe zona laterală au fost fabricate cu ceramică presată.

Prima fază de laborator

S-au fabricat modele master ca de obicei (Girofarm, Amann Girbach). Acestea au fost transferate în articulator pe baza planului orizontal de referință și a înregistrărilor RIMO și a ghidului anterior (Fig. 4 și 5). Întâi s-au fabricat restaurările laterale (IPS e.max Press), urmate de restaurările provizorii frontale (Telio CAD). Modelele au fost scanate, iar fisierul de date STL a fost încărcat în CAD. Formele de dinți selectate din baza de date a soft-ului au fost ajustate la wax-up și ceara a fost frezată corespunzător. Cororanele frezate CAD/CAM în ceară au fost adaptate pe situația modelului. Apoi, acestea au fost amabalate (IPS Press Vest Speed) și arse în cuptorul de preîncălzire. Apoi, restaurările au fost presate în tipar cu disilicat de litiu (IPS e.max Press Impulse, Value 1). Ulterior, coroanele monolitice au fost dezambalate, tăiate de pe con și probate. Pentru probă, cadranele 1 și 3 au fost individualizate, fără a fi glazurate. Prin urmare, s-a oferit pacientei oportunitatea de a solicita anumite ajustări de culoare. Pentru grupul frontal s-au confecționat coroane provizorii pe termen lung. Aceste coroane au fost fabricate utilizând o combinație între tehnologie digitală și aptitudini manuale. Capa (Telio CAD, nuanța LT B1) a fost fabricată prin frezare. Treimea incizală a fost creată individual cu un compozit de laborator (SR Nexco). Coroanele laterale (Fig.6) împreună cu provizoriile pe termen lung de pe front au fost probate cu succes și apoi cimentate (coroanele posterioare cu Multilink transparent, iar provizoriile pe termen lung cu Telio CS Link). În decursul următoarelor luni, pacienta a putut testa coroanele frontale și a prezentat familiei și prietenilor noul ei aspect.

A doua fază de laborator

După trei luni, pacienta mulțumită a cerut să îi restaurăm definitiv și dinții frontali. Acționând în concordanță cu principiul conservării substanței dentare, preparațiile pentru coroanele frontale le-am făcut frezând prin coroanele provizorii. În consecință, am creat spațiu minimal cu precădere în zona vestibulară. În acest scop am utilizat o freză diamantată cu inel roșu de diametru 1,2 mm. După ce am luat amprentele, pacienta a plecat acasă cu provizorii făcute prin tehnica Scutan. Laboratorul a confecționat coroanele definitive. Și pentru aceste coroane materialul selectat a fost disilicatul de litiu (IPS e.max Press LT A1) (Fig.7). Naturalețea coroanelor frontale a fost obținută prin combinația dintre tipul de pastilă presat - care a fost selectat cu atenție - și masele ceramice adiționate (IPS e.max Ceram). Datorită jocului fin de culoare și a luminozității ce venea din interiorul coroanelor, rezultatul final imita izbitor naturalul (Fig. 8). Înainte de a arăta coroanele estetice pacientei, acestea au fost texturate, recreându-se fidel structurile de suprafață și au fost polișate manual (Fig. 9). S-au urmat întocmai pașii protocolului adeziv indicat de producătorul materialului adeziv de cimentare. Am inserat un câmp de diga și am început prin gravajul acid (Total Etch, Variolink II TRansparent) (Fig. 10 și 11).

Fig. 7
Spre a imita culoarea dinților vitali, coroanele frontale au fost acoperite cu straturi de ceramică prin tehnica de layering. Capele presate sunt fotografiate pe model.

Fig. 8
Individualizarea prin stratificare a coroanelor dinților frontali.

Fig. 9 Formă, culoare, morfologia suprafeței și nivelul de luciu. Sunt multe detalii de finețe ce trebuiesc observate în fabricarea unei restaurări estetice frontale.

Fig. 10 și 11
Restaurările sunt vitale și naturale și sunt în armonie una cu cealaltă.

Fig. 12 și 13
Coroanele sunt integrate perfect nu doar în mediul lor oral imediat, ci și în ansamblul mediului înconjurător.

Fig. 14
Țesutul gingival s-a adaptat optim la restaurări.

Concluzie

Restaurările s-au integrat perfect raportat la fizionomia pacientei. Deși coroanele de pe zona laterală au fost fabricate prin tehnica de staining, rezultatele dovedeau o estetică ridicată. Aspectul estetic nu este singurul criteriu de evaluare a succesului, aspectele funcționale trebuiesc luate și ele în considerare. La vizita programată la 2 luni, situația s-a dovedit a fi absolut stabilă. Țesuturile moi s-au adaptat restaurărilor. Tânăra nu avea nici o plângere funcțională. Putea mesteca fără nici o problemă și era foarte mulțumită de rezultat (Fig 12 la 14). Procedurile de tratament bine structurate au format baza succesului clinic în acest caz. Ne-am atins obiectivul nostru major: acela de a satisface cerințele pacientei și de a restaura un aspect major al calității vieții ei.

Dr Andrea Klink
Poliklinik für Zahnärtzliche Prothetik
Osianderstrasse 2-8
72076 Tübingen, Germany
andrea.klink@med.uni-tuebingen.de

Benjamin Votteler, MDT
Dentaltechnik Votteler GmbH & Co. KG
Arbach ob der Strasse 10
72793 Pfullingen, Germany
dentaltechnik@votteler.eu

Direct to the iPad version:

Scan the QR code with your iPad
or enter the following link:
http://www.ivoclarvivadent.com/reflect

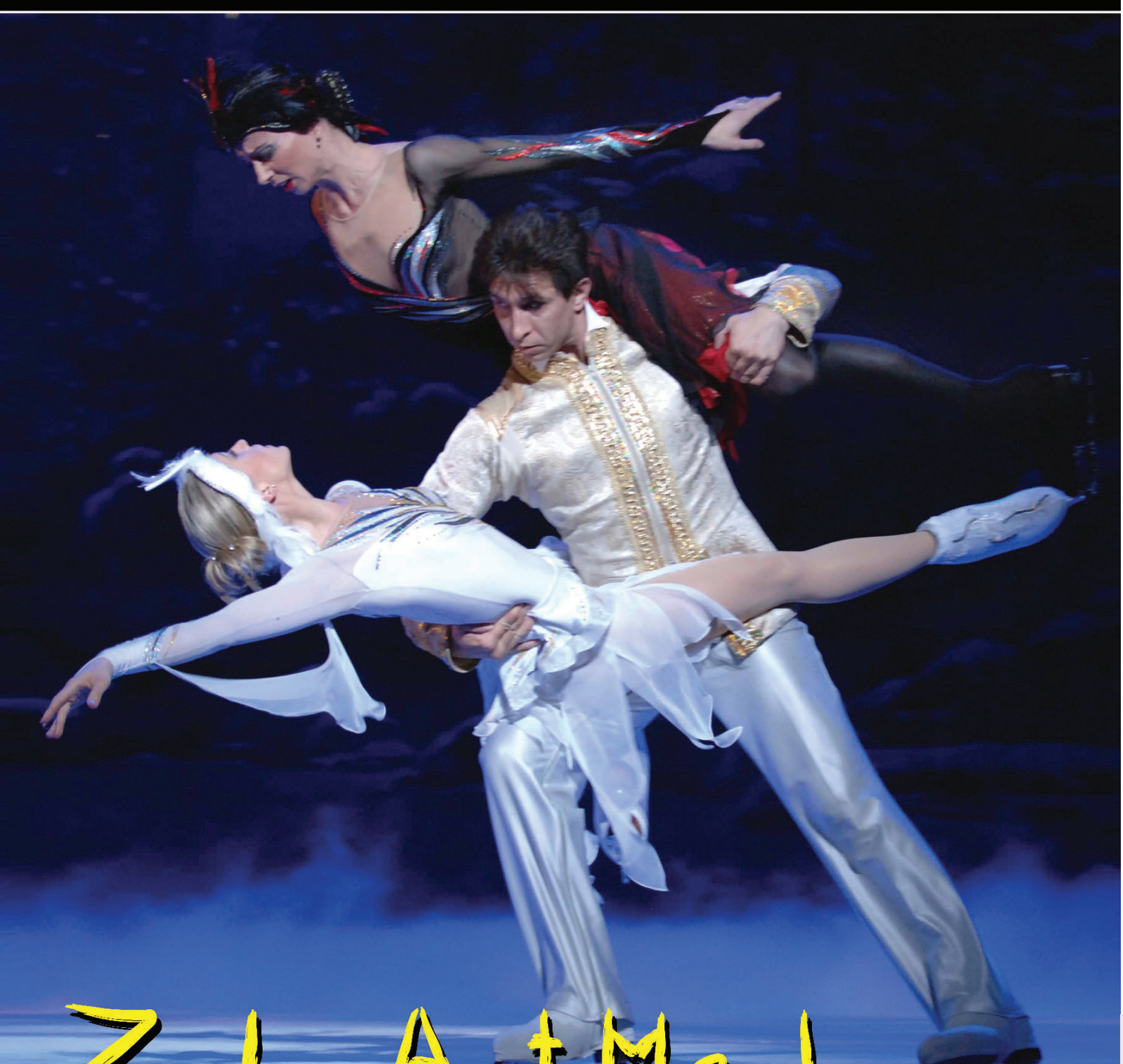
Distribuitori autorizați Ivoclar Vivadent Technical :

Dent Distribution Grup
Str. Logofăt Tăutu nr. 66, Sector 3
București, Tel. 021 308 57, 51
office@dentdistribution.ro,
www.dentdistribution.ro

Doriot Dent
Str. Barabas Bela nr. 18 A
Arad, Tel. 0257 254 638
office@doriotdent.ro
www.doriotdent.ro

Tiana Dent
Str. Tudor Arghezi nr- 7,
Sibiu, Tel. 0742 098000
tianadent@gmail.ro
www.tianadent.ro

Profesionalism Magie Perfecțiune



ZahnArtMed

laborator de tehnică dentară

Transformăm tehnica în artă

Str. Constantin Bălăcescu, Nr. 8, Sector 1, Bucureşti ; Tel. : 021 3119119, 0722 363760

Determinarea relației centrice prin metoda grafică intraorală la edentatul total

Dr. Corina Marilena Cristache [1], Dr. Mihai Burlibasa [2], Dan Zidărița [3], Cristian Butnăraşu [4], Ioana Bunea [5], Dr. Gheorghe Cristache [6],

[1] Şef Lucrări, doctor în ştiințe medicale UMF „Carol Davila" Bucureşti, F.M.A.M, medic primar chirurg oro-maxilo-facial Concordia Dent Clinic, [2] Conf. Univ., doctor în ştiințe medicale UMF „Carol Davila" Bucureşti, F.M.A.M, medic primar stomatolog, [3] Tehnician dentar, practică privată, [4] Student UMF „Carol Davila" Bucureşti, F.M.A.M, specializarea Tehnică Dentară, [5] Studentă UMF „Carol Davila" Bucureşti, Facultatea de Medicină Dentară, [6] Medic primar ORL, practică privată.

The use of intraoral graphic registration to establish centric relation in fully edentulous patient

ABSTRACT

To establish an accurate, verifiable, and reproducible centric relation (CR) is a very difficult task for the prosthodontist especially for fully edentulous jaws. With the correct RC registration comes the ability to create an occlusion that is harmonious, functional, and comfortable to the patient in need of prosthetic treatment. This article presents the capture of CR with the use of intraoral Gothic arch tracer in edentulous patients.

KEY-WORDS: Centric Relation, intraoral Gothic arch tracer, fully edentoulous jaws.

REZUMAT

Determinarea unei relații centrice (RC) precise, verificabile și reproductibile reprezintă o sarcină dificilă pentru protetician, mai ales dacă este vorba despre pacienți edentați total. Înregistrarea corectă a RC permite realizarea unor rapoarte ocluzale armonioase, funcționale și confortabile pentru pacientul edentat total protezat fix sau mobil. În acest articol este prezentată determinarea și înregistrarea RC prin metoda grafică intraorală (înregistrarea „arcului gotic").

CUVINTE-CHEIE: Relație Centrică, înregistrarea grafică intraorală, edentație totală.

Determinarea, înregistrarea și transferul relațiilor intermaxilare continuă să fie o problemă pentru practicieni mai ales că în urma extracției dinților naturali o parte a receptorilor care inițiau impulsuri ce ajutau la poziționarea mandibulei față de maxilar sunt pierduți sau distruși.

In literatura de specialitate astazi este aproape unanim admis că în tratamentul edentatiei totale punctul de plecare in restabilirea unor relatii functionale mandibulo-craniene este dat de reproducerea relatiei centrice, întrucât este o poziție relativ constantă toată viata iar aparatul său dento-maxilar nu mai oferă alte date sigure [1].

Relația centrică (RC) a primit peste 60 de definiții [1] iar printre cele mai utilizate este cea propusă în ediția a 5-a a glosarului de termeni utilizați in protetică: "Raportul mandibulo-maxilar în care condilii articulează cu porțiunea cea mai subțire, avasculară a discurilor articulare corespunzătoare iar complexul disc-condil este situat antero-superior, in contact cu panta tuberculilor articulari" cu precizarea că "**poziția este independentă de contactele dento-dentare**" și că "în această poziție mandibula realizează mișcări de rotație pură în jurul unei axe orizontale "[1,2]

De-a lungul timpului au fost propuse numeroase metode de determinare a RC [1] care, pentru a avea valoare practică ar trebuie să îndeplinească următoarele caracteristici:

- Indiferent de tehnica de determinare trebuie sa obținem aceeași poziție de RC iar aceasta să poată fi verificabilă (inclusiv radiologic);

Fig. 1 Trusa Centrofix - accesorii.

- Trebuie sa fie reproductibilă, însemnând că prin tehnica aleasa trebuie sa avem posibilitatea sa pozitionăm de fiecare dată cu ușurință mandibula in RC;
- Odată **determinată** trebuie să putem **înregistra** poziția și să o **transferăm** în articulator.

Întrucât nu există o unitate de vederi între autori s-au utilizat numeroase tehnici de conducere a mandibulei în RC (unimanuală, bimanuală Dawson, homotropia lingo-mandibulară, memoria tisulară, deglutiția,

Fig. 2 Șablon mandibular după înregistrarea arcului gotic.

Fig. 3 a Furculița arcului facial cu șablonul maxilar.

Fig. 3 b Furculița arcului facial cu șablonul maxilar.

tehnica arcului gotic, etc) iar între metodele de înregistrare cele mai utilizate se numără șabloanele de ocluzie cu sau fără val de ceară. Pornind de la afirmația lui Gerber (1953) , citat de Gobert [3] șabloanele de ocluzie cu valuri de ocluzie din ceară se recomanadă a fi folosite la reglarea dimensiunii verticale și a altor determinări cum ar fi: plan Fox, curbura vestibulară, linia surâsului, linia canină. Cu toate că sunt realizate pe o bază dură pentru evitarea deformării şi pentru o bună stabilitate, șabloanele de ocluzie cu val de ceară realizează contacte ocluzale care duc la crearea a numeroase interferențe care pot deveni generatoare de latero-deviații, propulsii și chiar de compresii meniscale. Având în minte definiția RC **("poziție independentă de contactele dento-dentare")** și forma valurilor de ocluzie din ceară care trebuie să realizeze contacte la înregistrare, iar cel mai mic " contact prematur" al valurilor de ocluzie poate să ducă la falsificarea poziției finale înregistrate (de cele mai multe ori existând tendința de propulsie), șabloanele de ocluzie cu nu pot fi considerate stabile pentru determinarea RC [3].
În consecință Gerbert [3] a propus metoda grafica de înregistrare ce permite realizarea determinării RC fără existența contactelor între cele două șabloane de ocluzie pleacând de la principiul mecanic al stabilizării unui corp în spațiu prin trei puncte. Potrivit principiului tripodic, în timpul înregistrării grafice intra-orale, mandibula se sprijină prin cei doi condili în cavitățile glenoide şi prin şurubul setului de înregistrare grafică în zona anterioară se obține relația mandibulo-maxilară în plan vertical. După efectuarea de către pacient a mișcărilor de propulsie și lateralitate se obtine un desen („arcului gotic") iar poziția neutrală a mandibulei în toate planurile spațiului este reprezentată de vârful săgeții (Fig. 2).
Pornind de la principiul lui Gerbert, Centrofix-ul (Amann Girbach AG, Austria) permite determinarea și înregistrarea grafică intraorală a RC cu șabloane de ocluzie fără val de ceară și transferul informațiilor în articulator. Accesoriile trusei Centrofix sunt: 1. cheie universală, 2. clama de aliniere, 3. și 4 plăcuțe de înregistrare mare respectiv mică, 5. sferă inscriptoare, 6. bandă de cupru pentru înregistrare, 7. dispozitiv de montare a sferei inscriptoare împreună cu sfera, 8. distanțier (Fig. 1).

Etape [4]:
• Amprentarea funcțională în lingura individuală
• Confectionarea șabloanelor de ocluzie fără val de ceară
• Înregistrarea cu ajutorul arcului facial a poziției maxilarului față de axa balama terminală. Pentru înregistrare șablonul maxilar se fixeaza cu material termoplastic pe furculuita arcului facial prin solidarizarea celor două în trei puncte diferite (Fig. 3 a și b).
• Sfera inscriptoare se montează în laborator

Fig. 4 Sfera inscriptoare montată pe șablonul maxilar.

pe șablonul maxilar (Fig. 4), iar pe cel mandibular se montează plăcuța de înregistrare (Fig. 5) pe care se lipește o bandă de cupru pe care se face inscripționarea .
• Determinarea DVO: se poziționează șabloanele în cavitatea bucală iar la cel maxilar se învarte șurubul sferei înainte sau înapoi până când distanta optimă a fost determinată, apoi se fixează șurubul sferei cu ajutorul piuliței.
• Înregistrarea grafică a arcului gotic: se cere pacientului să facă mișcări de propulsie și lateralitate cu cele două șabloane în cavitatea bucală.
• Se îndepărtează șablonul mandibular și se verifică înregistrarea. În vârful arcului gotic se fixează clama de aliniere (Fig. 6)
• Se aplică șablonul maxilar împreună cu clama de aliniere în cavitatea bucală iar pacientul închide in RC. Sfera inscriptoare va aluneca în cupa clamei de aliniere. Se fixează această poziție strângând ferm șurubul (Fig. 7).
• Pentru trasarea liniei surâsului, liniei caninilor și a liniei mediane se poate utiliza un val de ceară montat pe șablonul maxilar.
• Înregistrarea astfel obținută poate fi transferată in articulatorul compatibil (Artex, Amann Girbach AG, Austria) (Fig. 8).

Concluzii:

Înregistrarea grafică intraorală a arcului gotic cu utilizarea Centrofix-ului este o metodă relativ ușor de utilizat, reproductibilă și transferabilă a poziției de RC la edentatul total uni sau bimaxilar. Până în prezent dificultățile majore pentru metodele de înregistrare intraorală erau legate de fixarea poziției determinate prin intermeiul materialelor polimerice. Prin sistemul de fixare rapid și sigur al Centrofix-ului acest inconvenient este eliminat.
Pentru edentatul total este esențială crearea unei ocluzii armonioase, funcționale și confortabile indiferent de tipul restaurării protetice: mobile sau fixe/mobilizabile pe implanturi dentare iar tehnica de înregistrare grafică intraorală descrisă mai sus permite acest lucru. Prin întregistrarea grafică intraorală, nu medicul este cel care "fură" de la pacient poziția de RC ci pacientul este cel care o oferă singur [3].

Fig. 5 Plăcuța de înregistrare montată pe șablonul mandibular.

Fig. 6 Fixarea clamei de aliniere în vârful arcului gotic.

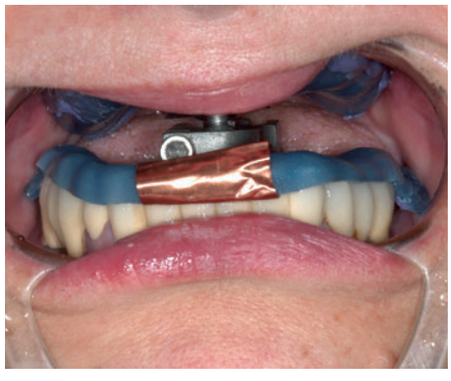


Fig. 7 Fixarea șabloanelor în RC.

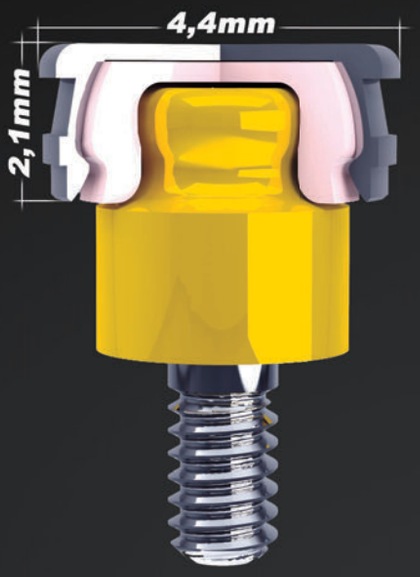
Fig. 8 Montarea șabloanelor în articulator (courtesy of Amann Girbach).

Bibliografie

1. Ioniță S și Petre A - Ocluzia Dentară, ediția a treia, Editura Didactică și Pedagogică RA, București 2003
2. [No authors listed] -The glossary of prosthodontic terms, J Prosthet Dent. 2005 Jul;94(1):10-92 (http://www.thejpd.org/article/S0022-3913(05)00175-7/fulltext)
3. Gobert B - RECHERCHE DE LA RELATION CENTRÉE DU PATIENT: L'enregistrement intra-oral Gerber: son champ d'application, Atd/Vol. 12/N° 4/Décembre 2001
4. User manual Centrofix pdf - Artex, Amann Girbach AG, Austria
Contact autori: corinacristache@gmail.com

Equator profile

4in1 SYSTEM



CEL MAI MIC SI STABIL BONT PROTETIC DIN TITAN

PENTRU TOATE FIRMELE SI PLATFORMELE DE IMPLANTE

RHEIN83

IMPLANTURI CAD-CAM CALCINABIL BARE

ALLIGATOR

Str. Prof. Eufrosin Poteca 39, sector 2, BUCURESTI – Romania
Tel. 0040 21 321 2129 Fax. 0040 21 323 5839

Interrelația boală parodontală - boli sistemice

Dr. Caroline Kralev, Dr. Oana Velea, Ş. L. Dr. Dan Onisei, Prof. Dr. Doina Onisei
Disciplina de Parodontologie, Facultatea de Medicină Dentară, U. M. F. "Victor Babeş" - Timişoara

Interrelation between periodontal and systemic diseases

ABSTRACT

Periodontal disease is one of the most widespread infectious diseases in humans. It is characterized by inflammation of periodontal tissues, followed by deep alveolar destruction, which ultimately lead to the loss of even healthy teeth.
Recent research attempts to determine the interrelationship between periodontal disease and a series of General conditions, the vast majority of studies being limited to the epidemiological aspects of this correlation. The concept of biofilm and oxidative stress has led to the understanding of other terms of periodontal diseases and the links between diseases, such as diabetes, cardiovascular diseases, kidney diseases, premature birth, etc.
KEY-WORDS: periodontal disease, oral biofilm, systemic disease, premature birth

REZUMAT

Boala parodontală reprezintă una din cele mai răspândite boli de natură infecțioasă la om. Ea se caracterizează prin inflamația țesuturilor parodontale, urmată de destrucția profundă de tipul alveolizei, care duce în final la pierderea dinților, chiar sănătoşi fiind. Cercetările recente încearcă să stabilească interrelația între boala parodontală şi o serie de afecțiuni generale, marea majoritate a studiilor fiind limitate la aspectele epidemiologice ale acestei corelații. Conceptul de biofilm şi de stres oxidativ a dus la înțelegerea din alt punct de vedere al legăturilor între afecțiunile parodontale şi afecțiunile sistemice, cum ar fi diabetul, afecțiunile cardiovasculare, afecțiunile renale, naşterea prematură, etc.
CUVINTE-CHEIE: boala parodontală, biofilm oral, afecțiuni sistemice, naştere prematură

Date generale

Placa dentară este biofilmul responsabil de apariția afecțiunilor parodontale, şi nu numai, 65% din afecțiunile sistemice fiind afecțiuni induse de biofilm. Literatura medicală a descris interrelația între boala parodontală şi o serie de afecțiuni sistemice, cea mai reprezentativă fiind endocardita subacută bacteriană. În acelaşi timp, infecția parodontală constituie un factor semnificativ de risc pentru o serie de afecțiuni sistemice.
Biofilmul este modul predominant al dezvoltării bacteriilor în natura, fiind reprezentat de o comunitate complexă de bacteria, care aderă de o suprafață inertă sau vie. Există biofilm în instalațiile sanitare, instalațiile petrolifere, manufactura hârtiei, în industria alimentară, pe implantele medicale si la nivelul cavității orale.
Cel mai bine studiat biofilm este biofilmul dentar, existând chiar un institut de cercetare în Statele Unite, specializat în ingineria biofilmului (Center for Biofilm Engineering, Bozeman, Montana State University, USA).

Directorul acestui institut, J.W. Costerton afirmă că: „Biofilmul dentar este o rețea sofisticată de microorganisme, care posedă ventilație, canale de comunicare, posibilități de nutriție și traiecte de deplasare foarte bine organizate. Mediul subgingival constituie Edenul acestei congregații dinamice".
Biofilmul reprezintă cauza infecțiilor persistente, fiind o comunitate foarte bine structurată de bacterii aranjate în microcolonii și înconjurate de o matrice intermicrobiană polimerică protectoare. Matricea intermicrobiană e penetrată de canale, care conduc hrana, enzimele, metaboliții și oxigenul spre bacteria. În cadrul microcoloniei există microclimate diferite de pH, hrană și concentrație de oxigen. Matricea intermicrobiană posedă un mediu aerobic la periferie și mediu anaerobic în centrul microcoloniei. Microorganismele biofilmului comunică între ele printr-un sistem primitiv de comunicare prin semnale chimice, numit "Quorum Sensing System". Dacă se întrerupe comunicarea interbacteriană, infecția poate fi prevenită sau tratată. Structura biofilmului restricționează penetrarea substanțelor antimicrobiene, astfel că microorganismele biofilmului sunt de 100/1000 x mai rezistente la antibiotice și antiseptice, față de bacteriile planctonice ale aceleiași specii.
Toate infecțiile cauzate de biofilme prezintă aspecte clinice caracteristice, și anume:
o Evoluție lentă, progresivă, dificil de tratat;
o Frecvent, bacteriile biofilmului sunt rezistente față de agenții antimicrobieni (eficienți doar în cazul bacteriilor planctonice);

o Recidiva după întreruperea terapiei medicamentoase;
o Răspuns imun ineficient sau agresiv pentru gazdă;
Toate aceste caracteristici ale biofilmului se aplică în cazul parodontitei.
Evoluția conceptului etiologic de la placă la biofilm, a modificat atitudinea terapeutică în boala parodontală, cu următoarele repere:
o Parodontita este o infecție dată de biofilm;
o Prezența patogenilor subgingivali indică o modificare a biofilmului saprofit în biofilm patogenic. Rezultatul este inflamația și destrucția tisulară;
o Modificarea microbiană este consecința dezvoltării biofilmului patogenic din bacteriile rezidente ale cavității orale;
Scopul terapiei parodontale constă în modificarea mediului oral pentru a bloca multiplicarea bacteriilor parodontopatogene. Abordarea simplistă de folosire doar a antimicrobienelor, în absența dislocării biofilmului dentar, duce la o terapie ineficientă.
Nu toate bacteriile orale sunt parodontopatogene, la nivelul șanțului gingival existând între 10 milioane – 1 bilion de bacterii. Epiteliul sulcular constituie poarta de intrare în sistemul circulator, prin care bacteriile sunt diseminate în organism. Cu toate acestea doar 5 microorganisme se consideră a fi parodontopatogene, şi anume: Aggregatibacter actinomycetemcomitans (Aa), Porphyromonas gingivalis (Pg), Prevotella intermedia (Pi), Tanerella forsythia (Tf) şi Treponema denticola (Td). Proporția finală de specii bacteriene de la nivelul biofilmului depinde de abilitatea unui microorganism de a se multiplica și de competiția cu celelalte microorganism.
Microorganismele biofilmului plăcii îşi exercită acțiunea distructivă prin următoarele mecanisme:
a) producerea de toxine (endotoxine sau exotoxine);
b) producerea de enzime (colagenaze şi proteaze);
c) producerea de antigeni;
d) produşi de dezagregare bacteriană (amoniu, hidrogen sulfurat);
e) invazia directă a țesutului gingival.
Bacteriemia inițiată de biofilmul dentar este constituită din celule bacteriene viabile, endotoxine şi lipopolizaharide. Răspunsul inflamator generat de această bacteriemie este determinat de citokine, PMN, celule B, celule T. Sunt eliberate o serie de enzime de tipul colagenaze, elastaze, gelatinaze, proteaze. În acelaşi timp, se produce compromiterea sistemului antioxidant de apărare. În condițiile apariției procesului de inflamație, apare la nivelul plasmei sau a altor fluide un marker al inflamației, şi anume proteina C reactivă (PC-r). PC-r constituie un factor de risc cardiovascular, după următoarele valori :
Risc mare = valori peste 3 mg/L
Risc mediu= valori de 1-3 mg/L
Risc mic = valori sub 1 mg/L
PC-r participă la aterogeneză iar boala parodontală crește nivelul PC-r. Studiile recente au demonstrat că terapia parodontală reduce PC-r salivar.
În ultimele decenii, a apărut un nou concept etiologic asupra efectelor biologice a antioxidanților în patologia bolilor sistemice de biofilm, care s-a concretizat în teoria stresului oxidativ circulator. Aceste specii reactive de oxigen (SRO), în marea lor majoritate radicali liberi (superoxidul sau peroxidul de hidrogen, anionii de hidroxil), sunt produşi normali ai metabolismului celular, cu rol de apărare împotriva bacteriilor patogene. Ei sunt radicali liberi care există, în organism în stare fiziologică, fiind benefici în cantități reduse.
În cantități crescute, SRO copleşesc sistemul antioxidativ, cu apariția destrucției tisulare. Dezechilibrul între producerea SRO şi antioxidanți duce la apariția stresului oxidativ.
Parodontita induce hiperproducția de SRO la nivelul parodonțiului, SRO difuzează în circulație, cu apariția destrucțiilor tisulare în organe multiple.
Cercetările recenta au demonstrat rolul stresului oxidativ în etiologia artritelor, a hipertensiunii arteriale, ateroscleroză, boala coronariană , diabetul zaharat, astmul bronşic, HIV, afecțiuni neurodegenerative, afecțiuni hepatice şi afecțiuni renale.
Stresul oxidativ circulator poate reprezenta un factor de risc al progresiei parodontitei. Creşterea sistemică a stresului oxidativ duce la pierdere de atașament epitelial şi la prognosticul nefavorabil al bolii parodontale. În acelaşi timp, fumatul, diabetul, cresc stresul oxidativ şi duc la progresia parodontitei. Terapia parodontală scade stresul oxidativ, cu efecte benefice asupra stării de sănătate.
Terapia parodontală este constituită din 3 etape, şi anume terapie nechirurgicală, în care este înglobată şi terapie medicamentoasă adjuvantă, terapia chirurgicală şi terapia de menținere. Fiecare etapă terapeutică îşi are rolul ei bine stabilit, dar ceea mai importantă este terapia de menținere, care menține şi stabilizează rezultatele obținute prin etapele terapeutice anterioare.

Terapia adjuvantă parodontală foloseşte medicația antibiotică şi antiseptică specifică florei parodontopatogene, pe loc important situându-se antimicrobienele topice, de tipul Periochip (digluconat de CHX), Arrestin (microsfere de minociclină), Artridox (10% doxiciclină) şi modulatoare ale gazdei (Periostat).
Boala parodontală constituie un factor de risc pentru următoarele afecțiuni sistemice:
o Afecțiuni cardiovasculare (afecțiuni coronariene, infarct miocardic, infarct cerebral, ateroscleroză, catetere cardiace,

Fig. 1 Pacientă cu HTA şi parodontită agresivă generalizată

Fig. 2 Pacientă însărcinată în primul trimestru, cu gingivită de placă.

Fig. 3 Pacienta cu DID şi gingivită medie de placă

Fig. 4 a Pacient cu diabet tip II, cu parodontită agresivă generalizată avansată

Fig. 4 b Parodontita diabetică avansată

Fig. 5 Pacient cu afecțiune renală cronică şi parodontită agresivă incipientă

modificări ale EKG);
o Naștere prematură, infecții fetale;
o Diabet;
o Afecțiuni respiratorii;
o Afecțiuni renale cronice;
o Afecțiuni neurodegenerative;
o Osteoporoză.

1. Afecțiuni cardiovasculare

Cele mai importante afecțiuni cardiovasculare corelate cu boala parodontală sunt reprezentate de hipertensiunea arterială (Fig. 1), boala coronariană, infarct, endocardita bacteriană subacută şi ateroscleroza. Bacteriile parodontopatogene sunt reprezentate de P.gingivalis, bolnavii prezintă markeri de inflamație crescuți, titru IgG crescut, citokine proinflamatorii şi lipoproteine. Titrul PC-r (Testul de risc Framingham) este crescut. Terapia parodontală este absolut necesară pentru profilaxia și managementul multidisciplinar al pacientul cu ACV. Ea constă din SRP (Scaling şi rootplaning), asociat cu terapia adjuvantă. Terapia reduce nivelul markerilor serici ai inflamației (PC-r, IL-6, TNF-a), iar terapia cu doze subliminale de doxycyclină are efecte benefice cardioprotectoare.

2. Nașterea prematură

Se consideră că factorul etiologic este infecția bacteriană, P.gingivalis fiind detectat în lichidul amniotic și placentă. Eliminarea terapeutică a P.gingivalis înainte de sarcină, constituie un factor important al unei nașteri normale (Fig. 2).

3. Diabetul zaharat

Astăzi se consideră că parodontita constituie a 6-a complicație a diabetului. Diabetul insulinodependent (DID) tip I crește susceptibilitatea la parodontită (Fig. 3)

Diabetul tip II se asociază cu modificări ale markerilor de inflamație, care apar și în parodontită iar nivelul glicemiei este corelat cu prezența P.gingivalis. În acest caz există o relație bidirecțională între afecțiunea orală şi diabet; diabetul predispune la parodontită iar parodontita influențează controlul glicemiei. Efectele absenței terapiei parodontale este devastator, consecința fiind pierderea suportului osos, urmată de pierderea dinților (Fig. 4 a, Fig. 4 a).

4. Infecții respiratorii

Infecțiile respiratorii asociate cu boala parodontală sunt reprezentate de bronhopneumonia, abcese pulmonare și afecțiunile cronice obstructive. Ele toate au ca factor etiologic biofilmul bacterian, reprezentat de P.gingivalis. În cazul acestor infecții, are loc aspirarea bacteriilor orale, cu infectarea căilor respiratorii

5. Afecțiuni renale cronice

Boala parodontală este asociată cu incidența crescută a afecțiunilor renale cronice și a deficiențelor funcționale renale, constatându-se prezența anticorpilor față de bacteriile parodontopatogene la aceşti bolnavi. De aici rezultă importanța unei bune igiene orale în profilaxia și terapia afecțiunilor renale cronice (Fig. 5)

6. Afecțiuni neurodegenerative

Forme grave de boală parodontală au fost asociate cu afecțiunile neurodegenerative, cum ar fi scleroza multiplă în plăci (Fig. 6 a, 6 b), boala Alzheimer, boala Parkinson. Controlul plăcii este de cea mai mare importanță în influențarea evoluției bolii parodontale, o bună terapie de menținere reuşind să controleze boala.

7. Osteoporoza

Osteoporoza prezintă caracteristici comune cu boala parodontală, vârsta, densitatea osoasă şi deficiența de estrogeni conducând la evoluția accelerată a ambelor afecțiuni. Nu există încă o corelație dovedită științific între osteoporoză şi boală parodontală.

CONCLUZII

1. Există o strânsă legătură între cavitate orală şi organismul gazdei.
2. Cavitatea orală este conectată la întregul organism.
3. Mai mult de 90% din afecțiunile sistemice se manifestă prin semne sau simptome la nivelul cavității orale.

Fig. 6 a Pacientă cu scleroză în plăci şi parodontită agresivă localizată

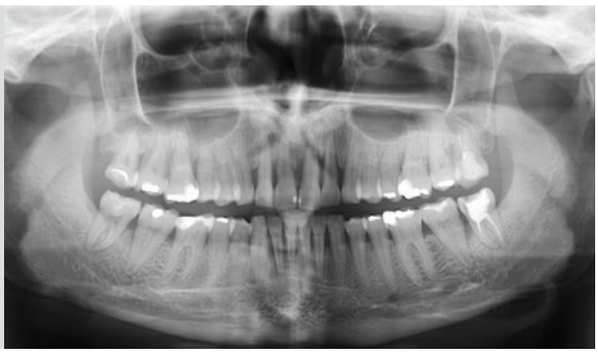


Fig. 6 b Radiografia panoramică

4. Răspunsul inflamator al organismului constituie legătura dintre boala parodontală și afecțiunile sistemice.
5. Terapia afecțiunilor sistemice trebuie să fie terapia individului, nu a unei boli sau a unui organ.
6. Terapia parodontală și controlului biofilmului oral este de mare importanță în profilaxia și managementul afecțiunilor sistemice.
7. Deoarece marea majoritate a pacienților vin la dentist mai frecvent decât la medicul de familie sau specialist, avem o poziție privilegiată în a ne ajuta pacienții.

BIBLIOGRAFIE

1. AAP (Position paper) Parameter on Periodontitis Associated With Systemic Conditions J Periodontol May 2000 (Suppl); Vol 71, nr.5:876-879
2. AAP (Position paper) Parameter on Systemic Conditions Affected by Periodontal Diseases J Periodontol May 2000 (Suppl); Vol 71, nr.5:880-883
3. Amano A : Host–parasite interactions in periodontitis: subgingival infection and host sensing Periodontology 2000 February 2010 Volume 52, Issue 1 : 7–11
4. Bartold PM : Periodontal tissues in health and disease: introduction Periodontology 2000February 2006 Volume 40, Issue 1 : 7–10
5. Bartold PM, Cantley MD. Haynes DR : Mechanisms and control of pathologic bone loss in periodontitis Periodontology 2000 June 2010 Volume 53, Issue 1: 55–69
6. Chapple ILC : Periodontal diagnosis and treatment – where does the future lie? Periodontology 2000 October 2009 Volume 51, Issue 1: 9–24
7. Hiroaki Inaba, Atsuo Amano : Roles of Oral Bacteria in Cardiovascular Diseases — From Molecular Mechanisms to Clinical Cases: Implication of Periodontal Diseases in Development of Systemic Diseases, J Pharmacol Sci 113 , 103 – 109 (2010)
8. Onisei Doina, Onisei D. : Parodontologie clinică, Ed.Mirton Timișoara 2011.
9. Onisei Doina, Onisei D., Feier I., Rusu D., Stratul SI : The biofilm: formation and removal. TMJ 2008, Vol.58. No.1-2:111-117
10. Onisei Doina, Oprescu., Onisei D.,: The assessment of periodontal patient's risk factors. Medicina Stomatologica, 2006,nr.1, vol.10:61-65
11. Rodrigo R. Oxidative stress and antioxidants: their role in human disease. Nova Biomedical Books, New York 2009

Contact autori: donisei@umft.ro

www.precident.ro

Precident

Lucrări Zirconia realizate în tehnologie CAD/CAM

- ✓ Cape și punți
- ✓ RCR
- ✓ Abuttment
- ✓ Inlay - Onlay
- ✓ Sisteme speciale
- ✓ Full Zirconia
- ✓ Prettau
- ✓ Lucrări pe implanturi
- ✓ Măști provizorii
- ✓ Provizorii de lungă durată
- ✓ Machete ceară
- ✓ Machete PMMA

Capa de Zirconia **25 €**

Lucrări Cr-Co sinterizate laser

- ✓ Cape și punți total fizionomice
- ✓ Cape și punți semifizionomice
- ✓ Proteze scheletizate

Capa Cr-Co **8 €** sinterizate laser

Asigurăm transport prin curier rapid în țară și curier propriu în București.

Str. Alexandru Marghiloman, România - Buzău, bl. 17, sc. A, Mezanin, C.P. 120031
Tel./Fax: 0238 72 17 12,
Mobil: 0729 043 213, 0749 272 925
E-mail: office@precident.ro

Tratamentul ortodontic în migrarea patologică a dinților

Dr. Anca Mihaela Oltean
Medic primar Ortodonție și Ortopedie Dento Facială, practică privată

Pathologic Tooth Migration
ABSTRACT
Pathologic tooth migration is an esthetic and functional problem that may be associated with advanced periodontal deseas. In many cases, the treatment requires multidisciplinary approach and the orthodontic treatment has an important role in correction of migrated teeth and occlusal plane.
Key words: pathologic tooth migration, periodontal deseas, orthodontic therapy, pathologic diastema, lingual orthodontic

REZUMAT
Migrarea patologică dentară (MPD) este des întâlnită în tabloul clinic al bolilor parodontale.
Rezolvarea acestor afecțiuni necesită de cele mai multe ori o abordare interdisciplinară iar tratamentul ortodontic este o etapă importantă în redresarea axelor înclinate ale dinților şi corectarea planului de ocluzie."
Cuvinte cheie: migrarea patologică a dinților, diastema patologică, tratament ortodontic, ortodonție lingual

Migrarea patologică a dinților (MPD) reprezintă deplasarea unuia sau mai multor dinți înafara poziției obişnuite atunci când factorul sau factorii responsabili de această deplasare sunt asociați cu un proces patologic. Factorii care determină această modificare pot fi: distrucții ale parodonțiului marginal de susținere şi presiunea țesutului inflamator, factori ocluzali, obiceiuri orale vicioase autotrope sau heterotrope, modificări ale DVO prin bruxism, edentații sau iatrogenii.

În conformitate cu literatura de specialitate, migrarea patologică a dinților frontali apare cel mai frecvent ca efect al evoluției parodontopatiilor marginale cronice[1]. MPD este de 3-5 ori mai frecventă în prezența parodontopatiilor în funcție de reducerea osului parodontal.[2] Fibrele transseptale formează un lanț de la dinte la dinte şi au rolul de a menține contactul dintre dinți dealungul arcadei dentare. S-a sugerat că dacă această continuitate este distrusă sau slăbită prin boala parodontală, echilibrul forțelor este modificat şi apare deplasarea dintelui.[3,4] În plus, inflamația țesuturilor parodontale creşte forțele hidrodinamice şi hidrostatice în jurul vaselor şi țesuturilor[5] și, în combinație cu presiunea țesutului de granulație, contribuie la susceptibilitatea dintelui de a fi deplasat mai uşor de forțele disortodontice.[6] După pierderea contactului ocluzal prin vestibularizarea dinților, se manifestă forța de erupție[1] care modifică echilibrul pârghiei corono-radiculare și amplifică trauma ocluzală.

Prevalența MPD în decursul evoluției bolii parodontale este evaluată de la 30% la 56%[1, 7] și crește în raport de gradul de afectare parodontală.[3]

Semnele clinice cuprind: înclinări vestibulare accentuate, extruzii, rotații și spații ale dinților frontali maxilari și mandibulari [7] care se adaugă la semnele suferinței parodontale. Modificările estetice importante reprezintă una dintre motivațiile pentru solicitarea tramentului ortodontic de către pacienții adulți.[8]

Tratamentul MPD severe implică adesea terapia ortodontică, precedată de tratament parodontal nechirurgical sau chirurgical şi urmată de tratament protetic.

Deplasarea ortodontică a dinților fără tratament parodontal preortodontic poate induce pungi infraosoase întrucât placa bacteriană supragingivală pătrunde subgingival în timpul deplasării.[9]

Dacă există un bun control al plăcii, tratamentul ortodontic după cel parodontal poate să deplaseze dinții fără o pierdere de ataşament.[10] După tratament ortodontic de reintruzie, dinții extruzați care prezintă pungi infraosoase pot prezenta o reducere semnificativă a pungilor la evaluarea clinică și o remineralizare a defectului osos evidențiată radiologic.[11]

Selectarea metodelor de rezolvare a MPD este de obicei bazată pe o abordare interdisciplinară iar planul de tratament trebuie să țină cont și de disponibilitatea de cooperarare a pacientului, motivația de a-şi păstra dinții naturali, sănătatea generală,

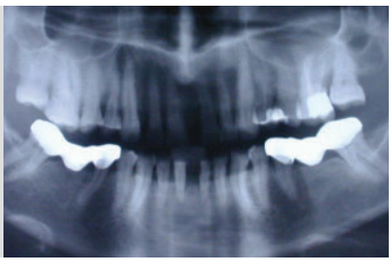

Ortopantomogramă

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

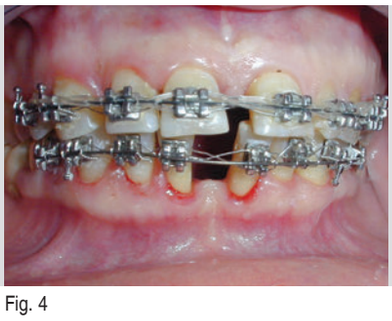


Fig. 4

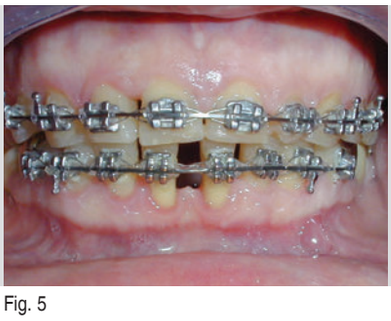


Fig. 5

Fig. 6

Fig. 7

Fig. 8

Fig. 9

factorii economici şi acceptabilitatea pentru tratament chirugical, dacă acesta este necesar[12, 13].

In cele ce urmează vom prezenta două cazuri clinice în care sunt prezente migrări patologice ale dinților și a căror rezolvare a necesitat colaborare interdisciplinară: parodontolog, ortodont, protetician. Evoluția acestor cazuri a fost urmarită și după încetarea tratamentului.

Prezentare de caz - I

Pacienta în vârstă de 52 de ani a solicitat consult ortodontic de specialitate fiind îndrumată de medicul dentist generalist.

La examenul clinic se constată prezența unor diasteme patologice bimaxilar, cu prodentie accentuată și depozite de tartru.

Examenul parodontal evidențiază existența unor pungi gingivale cu adâncime de 3-4 mm pe fețele meziale ale incisivilor maxilari. Incisivii mandibulari prezentau mobilitate de gradul II.

Existau egresiuni accentuate ale molarilor primi maxilari, ca urmare a extracțiilor vechi ale molarilor primi mandibulari, egresiuni consfințite de punțile laterale mandibulare, care determinau interferențe în propulsie și lateropulsie (Fig. 1, 2 şi 3). Examenul radiologic (OPG) evidențiază rezorbția osoasă orizontală la nivelul zonelor frontale dar și prezența pungilor parodontale pe fețele meziale ale incisivilor.

În urma consultului interdisciplinar s-a propus următorul plan de tratament:

- Eliminarea factorului inflamator de la nivelul incisivilor prin chiuretaj în câmp închis și tratament antibiotic general;
- Închiderea diastemelor prin tratament ortodontic;
- Reechilibrarea ocluziei prin remodelare coronară a molarilor primi maxilari și refacerea punților mandibulare.

Tratamentul ortodontic a durat 8 luni și a fost efectuat cu aparat fix vestibular cu bracketuri Roth.022. Secvența arcurilor a fost următoarea: .014 NiTi, .016 NiTi, .017X.025 NiTi (Fig. 4, 5 și 6).

Coronoplatia molarilor maxilari a fost facută în timpul tratamentului ortodontic. Dupa îndepărtarea aparatului s-au colat retainere canin-canin bimaxilar pentru a menține incisivii în poziția obținută. Tratamentul protetic a fost efectuat imediat după îndepărtarea aparatului ortodontic. În urma tratamentului ortodontic, modificările de poziție ale dinților au condus și la modificări ale nivelului inserției epiteliale cu refacerea înălțimii papilelor interdentare la dinții realiniați.. (Fig. 7, 8 şi 9).

Pacienta este monitorizată parodontal prin controale periodice o dată la 6 luni.

Evoluția post-tratament este favorabilă (Fig. 10 şi 11).

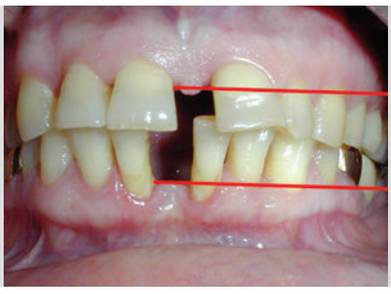


Fig. 10

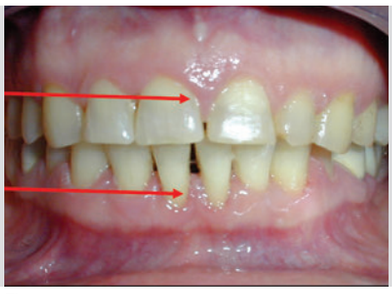


Fig. 11

Fig. 12

Fig. 13

Fig. 14

Prezentare de caz - II

Pacient în vârstă de 55 de ani a solicitat tratament ortodontic la îndrumarea medicului dentist generalist.
Examenul clinic evidențiază prezența diastemelor patologice bimaxilar, cu spațiu între 5-8 mm, vestibulo-înclinare accentuată a incisivilor maxilari și mandibulari, retracții parodontale accentuate la nivelul incisivilor mandibulari (III-IV după clasificarea Miller) care prezintă și depozite discrete de tartru, PMC generalizată și anodonție 3.5 neprotezată, cu spațiul păstrat (Fig. 12, 13, 14, 15, 16).
La examenul funcțional se determină o deglutiție de tip protruziv.
În urma consultului interdisciplinar s-au stabilit urmatoarele obiective de tratament:

- Reechilibrare intertisulară prin chiuretaj în câmp închis;
- Închiderea diastemelor;
- Deschiderea spațiului de anodonție;
- Protezare pe implant 3.5;
- Echilibrare ocluzală;
- Contenție fixă permanentă.

Tratmentul ortodontic a fost efectuat cu aparat fix STb light lingual sistem, a durat 10 luni, din Februarie până în Decembrie 2007. Secvența arcurilor a fost: 0. 012 NiTi, .014 NiTi, .0175 X .0175 TMA (Fig. 17 şi 18).
După îndepărtarea aparatului fix s-au colat retainere 13-23 maxilar şi 34-44 mandibular pentru contenția rezultatelor și s-a efectuat protezarea anodonției prin implant unidentar și coroană metalo-ceramică (Fig. 19 şi 20).
Pacientul este monitorizat parodontal și se efectuează controale periodice anuale.
Ultimul control efectuat în aprilie 2013 evidențiaza o situație parodontală stabilă (Fig. 21, 22 şi 23).

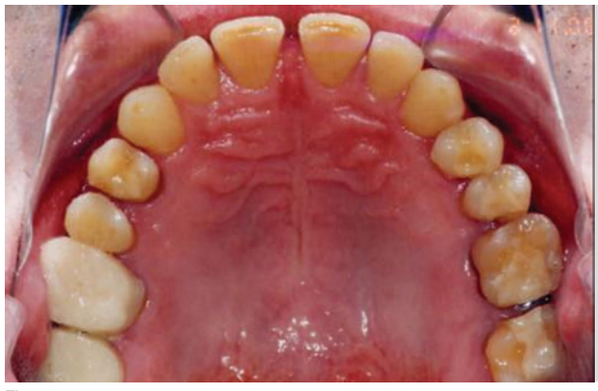


Fig. 15

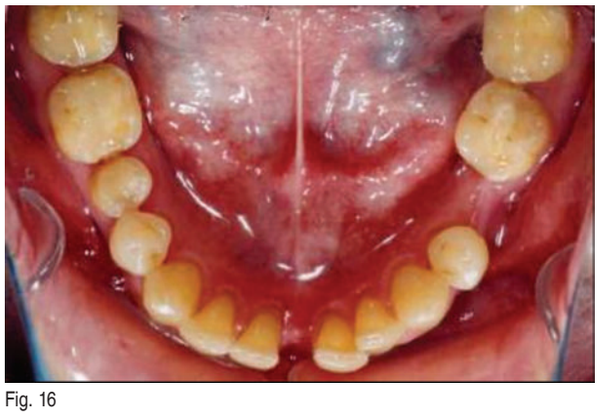


Fig. 16

Discuții:

Rezultatele tratamentului ortodontic la dinții cu parodonțiul compromis depind în mare măsură de controlul riguros al plăcii bacteriene. Acesta este esențial pe toata durata tratamentului dar și după încheierea acestuia; păstrarea unui parodonțiu curat asigură stabilitatea rezultatelor pe termen lung[14].
În timpul tratamentului ortodontic forțele aplicate pe dinții afectați parodontal trebuie să fie reduse pentru a nu afecta negativ parodonțiul marginal.
Începerea tratamentului ortodontic la scurt timp după intervenția chirurgicală previne deplasarea spre apical a țesuturilor gingivale. Întinderea fibrelor ligamentului parodontal creează o bariera neutrală care reduce proliferarea apicală a celulelor epiteliale; stimularea ortodontică crește metaplazia celulelor ligamentului parodontal și sporește posibilitatea lor de a repopula suprafața radiculară[15].
Mișcarea de intruzie a dinților cu parodonțiul compromis poate stimula formarea unui nou atașament parodontal și este modalitatea cea mai eficientă și conservativă biologic de a realinia dinții extruzați[16,17].
Referințe din literatură[18] și experiența personală (cazul 1) demonstrează că tratamentul combinat ortodontic-parodontal poate ajuta și la modificarea înălțimii papilelor gingivale, cerință foarte importantă din punct de vedere estetic.
Contenția post-ortodontică pe termen lung la pacienții cu parodonțiul functional redus este obligatorie deoarece riscul de recidivă este mai mare iar remineralizarea și stabilizarea țesuturilor nou formate se produc mai lent[19].

Concluzii:

În cazul migrărilor patologice dentare la pacienții adulți, tratamentul ortodontic poate restaura axele dentare și restabili rapoartele ocluzale și este o etapă intermediară într-un tratament complet și complex, individualizat în funcție de etiologia migrărilor.

Fig. 17

Fig. 19

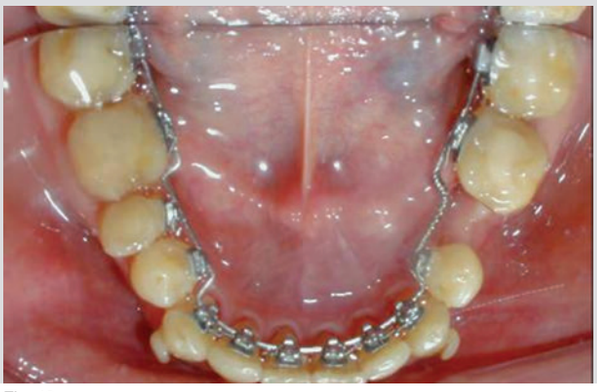


Fig. 18

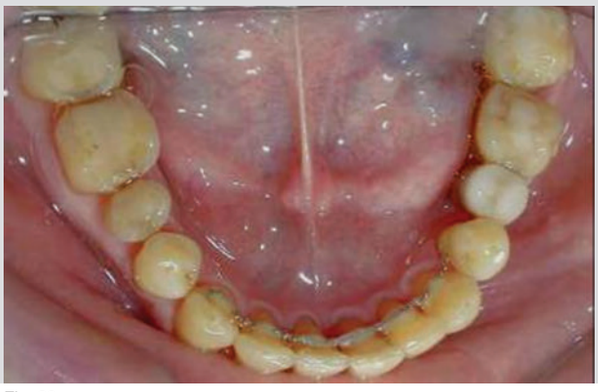


Fig. 20

Bibliografie

1. Brunsvold MA. Review on pathological tooth migration. J Periodontol 2005;76:859-66.
2. Martinez-Canut P, Carrasquer A, Magán R, Lorca A. A study on factors associated with pathologic tooth migration. J Clin Periodontol. 1997;24:492–497.
3.Carranza FA Jr. Occlusal trauma. In: Carranza FA Jr. Glickman's clinical periodontology. Philadelphia: Saunders; 1990; 284-306.
4. Gaumet PE, Brunsvold MI, McMahan CA. Spontaneous repositioning of pathologically migrated teeth. J Periodontol 1999;70:117
5. Sutton PR, Graze HR. The blood-vessel thrust theory of tooth eruption and migration. Med Hypotheses. 1985;18:289–295.
6. Carranza FA. Periodontal response to external forces. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR and Carranza FA (eds.), Carranza's Clinical Periodontology, London: W.B. Saunders Co; 2006; 469-479.
7. Towfighi PP et col. Pathologic migration of anterior teeth in pacients with moderate to severe periodontitis. J aperiodontol, 1997, 68(10): 967-972
8. Cirelli JA et al . Combined periodontal, orthodontic, and restorative treatment of pathologic migration of anterior teeth: a case report. Int J Periodontics Restorative Dent, 2006; 26(5): 501-506.
9. Ericsson I, Thilander B, Lindhe J. Periodontal conditions after orthodontic tooth movements in the dog. Angle Orthod. 1978;48:210–218.
10. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Clinical periodontology and implant dentistry. 4th ed. Oxford: Blackwell; 2003. pp. 752–754.
11. Corrente G et col. Orthodontic movement into infrabony defects in patients with advanced periodontal disease: a clinical and radiological study. J Periodontol. 2003;74:1104–1109. 1.
12. Proffit W. Contemporary Orthodontics. 4th ed. St Louis, Mo: Mosby; 2000.
13. Curtis DA et al. Treatment planning in the 21st century: What's new? J Calif Dent Assoc. 2002;10:780-790.
14. Polson A et al. Periodontal response after tooth movement into intrabony defects. J Periodontol 1984;55:197-202.
15. Corrente G et al. Orthodontic movement into infrabony defects in patients with advanced periodontal disease: A clinical and radiological study. J Periodontol 2003;74:1104-09.
16. Melsen B et al. New attachment through periodontal treatment and orthodontic intrusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1988;94:104-16
17. Laurell L et al. Treatment of infrabony defects by different surgical procedures. A literature review. J Periodontol 1998;69:303-13
18. Cardaropoli D, Re S, Corrente G, Abundo R. Reconstruction of the maxillary midline papilla following a combined orthodontic-periodontic treatment in adult periodontal patients. J Clin Periodontol 2004;31:79-84.
19. Kalia S, Melsen B. Interdisciplinary approaches to adult orthodontic care. J orthod 2001;28:191-6.

Contact autori: ortodontie@gmail.com

Fig. 21

Fig. 22

Fig. 23

Rolul asistentei de medicină dentară şi problemele cauzate de molarii de minte – partea a xv-a

Prof. Dr. Melinda Székely*, Dr. Kinga Dörner*, Dr. Csík Maticu Gábor**, Prof. Dr. Gheorghe Matekovits***
*UMF - Târgu Mureș, **Cabinet particular Satu Mare, ***UMF „Victor Babeș” - Timișoara

The role of the dental nurse in the management of problems caused by third molars

ABSTRACT

Wisdom-teeth appear on the dental arch around the age of 18 years, with large variations in time. Due to their position, the most distal on dental arches, the space for their eruption is sometimes insufficient and malpositions could be observed. Secondly, till the complete eruption, the third molars must break through the alveolar bone and the mucosa, which is difficult in most cases. The most common complications are: pericoronitis, caries, semiinclusion or total inclusion, root resorbtion of the second molar in the neighborhood, or the emergence of follicular cyst. Dental nurse can help the dentist and also the patient. Thus provides a thorough oral hygiene, offers advice and guidance in various stages of the treatment, helps in preoperative preparation and in filling out the questionnaire, provides assistance during the surgical procedure, assures postoperative care and finally introduces updated data into the computer.

KEY-WORDS: wisdom-tooth, complications of dental eruption, dental inclusion, dental nurse.

REZUMAT

Molarii de minte apar pe arcada dentară în jurul vârstei de 18 ani, cu mari variații în timp. Din cauza poziției lor, cel mai distal pe arcadele dentare, spațiul pentru erupția acestora este uneori insuficient și apar malpoziții. În al doilea rând, până la erupția completă, molarii trei trebuie să străpungă osul alveolar și mucoasa, lucru care este dificil de cele mai multe ori. Complicațiile cele mai frecvente sunt: pericoronarita, caria dentară, semi-incluzia sau incluzia totală, resorbția rădăcinii molarului secund din vecinătate, sau apariția chistului folicular. Asistenta de medicină dentară poate ajuta medicul dentist precum și pacientul. Astfel asigură o igienizare riguroasă, oferă sfaturi și indicații în diferitele faze ale tratamentului, ajută în pregătirea preoperatorie și în completarea chestionarului, oferă o mână de ajutor în timpul actului chirurgical, rezolvă îngrijirea postoperatorie și în final introduce datele actualizate în calculator.

CUVINTE-CHEIE: molarul de minte, complicațiile erupției dentare, incluzia dentară, asistenta de medicină dentară.

Date generale

Molarul al treilea sau molarul de minte, după Nomina Anatomica dens sapientiae, ocupă poziția a opta pe hemiarcadele superioare și inferioare. După adnotarea internațională: 1.8 (drept) și 2.8 (stâng) sunt cele de pe maxilarul superior, iar 3.8 (stâng) și 4.8 (drept) mandibulă. Se mai numesc și molari permanenți terțiari, notat M3. Apare pe arcada dentară în jurul vârstei de 18 ani, cu largi variații în timp (17–21 ani). Molarul trei superior are morfologia, gabaritul și intervalul de erupție cele mai variabile dintre toți dinții superiori. De obicei are trei rădăcini, care pot fi fuzionate complet ori parțial și curbate spre distal. Molarul trei inferior, spre deosebire de omologul său superior, are o morfologie mai puțin variată. În majoritatea cazurilor rădăcina este bifurcată, astfel încât să apară ca două rădăcini cu porțiunile apexiene efilate. Uneori însă acestea se unesc, apărând o singură rădăcină curbată spre distal.

Ținând cont de evoluția filogenetică, molarul de minte tinde să fie absent din formula dentară a omului în viitor, la fel cum există tendința de dispariție a ultimului dinte din fiecare grup. Astfel din grupul incisivilor tinde să dispară incisivul lateral, al doilea premolar din grupul premolarilor şi molarul al treilea din grupul molarilor. Obiceiurile alimentare al omului modern – consumul mâncărurilor moi, tocate și fierte – au drept consecință dezvoltarea insuficientă a oaselor maxilare, față de omul din Neanderthal. Absența germenului molarului trei apare la 40% din populație.

Numele de măsea de minte este asociat cu vârsta, popular spunându-se că, o dată cu erupția molarului de minte, pacientul va avea mai multă minte. (Fig. 1). Desigur, după vârsta de 18–20 de ani adolescentul devine un individ matur, și mai înțelept, iar arcadele maxilare își termină dezvoltarea, finalizând procesul prin erupția ultimului molar.

Fig. 1 Apariția molarului de minte nu corespunde întotdeauna cu performanțele mentale.

Nu există un timp standard de erupție, acest lucru diferă de la pacient la pacient. Mai mult, diferă chiar şi la acelaşi pacient, de la un molar la altul. Erupția poate evolua în mai multe etape, cu pauze, până când dintele erupe în întregime. Diversitatea implicațiilor clinice pe care le poate induce molarul de minte, redăm mai jos într-o clasificare a manifestărilor clinice preconizată de școala academică condusă de doamna Prof. Dr. Viorica Milicescu astfel:

1. Absența fenomenelor patologice
- molarul de minte integru odontal,

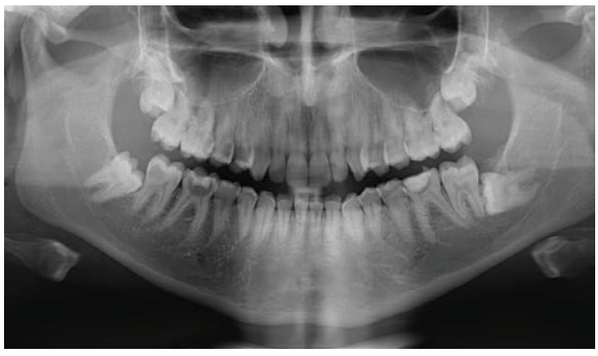


Fig. 2 Arcade maxilare întregi la o pacientă de 21 de ani, cu incluzia celor patru molari de minte. (Cazuistica Dr. Csík Maticu G.)

Fig. 3 Incluzia 2.8, 3.8 și 4.8, cu mezializarea accentuată a 4.7 la un bolnav de 30 de ani. (Cazuistica Dr. Csík Maticu G.)

- molarul de minte în echilibru ocluzal.
A. Declanșarea patologiei chirurgicale specifice
B. Declanșarea patologiei ortodontice
I. Molarul de minte – element etiopatogenic al anomaliilor dento-maxilare;
II. Molarul de minte – element de agravare a anomaliilor dento-maxilare;
III. Molarul de minte – factor de recidivă a anomaliilor dento-maxilare;
C. Element biologic activ în terapia stomatologică.

Investigarea clinică și paraclinică

Inspecția și palparea endo și exobucală sunt absolut utile. Prezența inflamației, edemului, adenopatiei, tumefacției, trismusului, sunt indicii care ne conduc spre o afecțiune cauzată de un molar de minte. Confirmarea diagnosticului pozitiv se formulează după efectuarea radiografiilor. Investigațiile imagistice sunt deosebit de utile. Uneori radiografia endoorală retroalveolară, dar în marea majoritate a cazurilor Tomografia Dentară Panoramică (DPT) lămurește starea raporturilor dento-osoase. (Fig. 2, 3, 4, 5).

O radiografie panoramică bună pune în evidență:
-înclinarea molarului,
-adâncimea de înfundare de la creasta alveolară până la diametrul maxim al coroanei,
-gradul de înfundare,
-forma rădăcinilor,
-densitatea osului,
-relația față de canalul dentar inferior,
-prezența oricărei alte elemente patologice sau factori ce pot cauza complicații ulterioare nedorite.

Complicațiile cauzate de molarul de minte

Din cauza poziției distale – în spatele tuturor dinților – spațiul pentru erupția acesteia este uneori insuficient. În al doilea rând, până la erupție, molarul trebuie să străpungă gingia, sau chiar osul care acoperă, lucru care este dificil de cele mai multe ori și poate cauza accidente ale erupției.

Caria dentară

Molarii de minte nu întotdeauna sunt primele care se cariază. Rolul funcțional al molarului de minte este extrem de mic, întrucât în masticație este foarte puțin utilizat, din cauza poziției foarte distale.

În plus, tot din această cauză, mâncarea rămâne în zonă şi este foarte greu de îndepărtat prin periere, ceea ce duce la carii. Asta este și explicația pentru situațiile în care pacientul spune că măseaua de minte a ieşit deja cariată. Practic, pacientul nu a realizat când a erupt, însă imediat s-a şi cariat. (Fig. 6).

Pericoronarita

-Pericoronarita este inflamarea țesutului din proximitatea dintelui. Apare destul de frecvent în cazul adolescenților sau al persoanelor mai tinere ale căror molari au avut o erupția parțială, incompletă, sau anormală. (Fig. 6 și 7). Erupția parțială a molarilor de minte poate crea un lambou de țesut gingival în proximitatea dintelui. La nivelul lamboului pot rămâne prinse resturi alimentare și resturi de substanțe organice. La nivelul lamboului se pot dezvolta colonii bacteriene. Pericoronarita poate apărea și la nivelul unui dinte care nu a erupt încă.

-Simptomele pericoronaritei:
- țesutul din proximitatea dintelui afectat se inflamează și începe să provoace durere, care iradiază spre ureche. Masticația este îngreunată de țesutul inflamat, deoarece ocluzia nu se poate realiza fără ca țesutul gingival să fie prins între suprafețele ocluzale ale dinților.
- halitoza și/sau gust neplăcut în gură,
- țesutul gingival din proximitatea dintelui supurează, poate apare puroiul la apăsare, care însă se reface rapid.

Dintre simptomele mai serioase enumerăm:

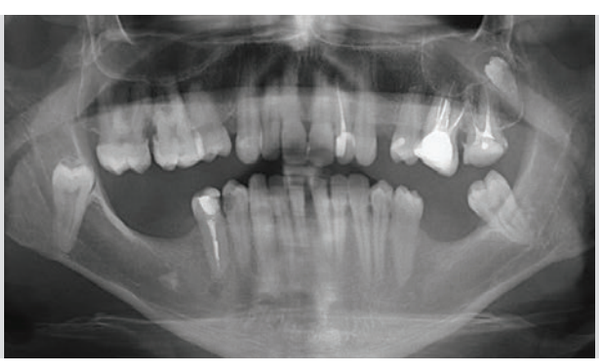


Fig. 4 Incluzie intraosoasă completă 2.8 și 4.8 la un pacient de 32 de ani. (Cazuistica Dr. Csík Maticu G.)

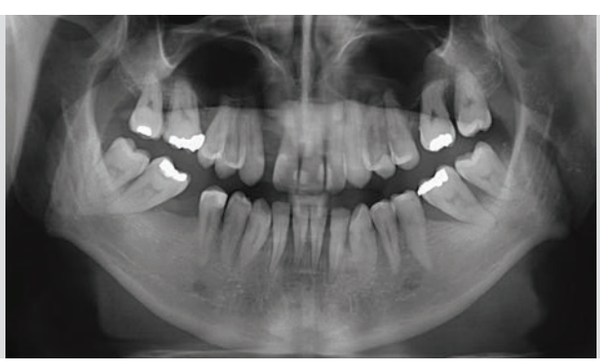


Fig. 5 Urmările parodontale și ocluzo-articulare dezastruoase cauzate de extracția precoce a molarilor de 6 ani, apărute după erupția molarilor de minte 3.8 și 4.8. (Cazuistica Dr. Csík Maticu G.)

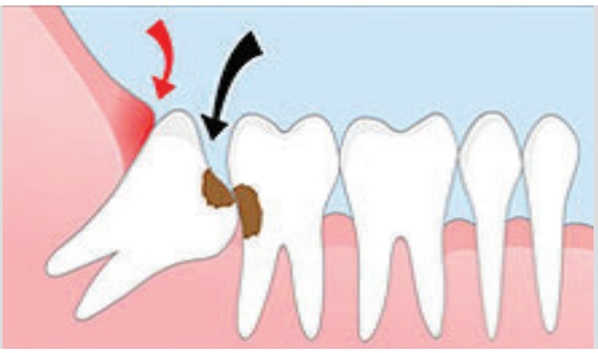


Fig. 6 Afecțiunea carioasă a molarului de minte pornită din locul decliv, inaccesibil curățirii și autocurățirii, poate afecta și dintele din vecinătate.

Fig. 7 Aspectul clinic al pericoronaritei.

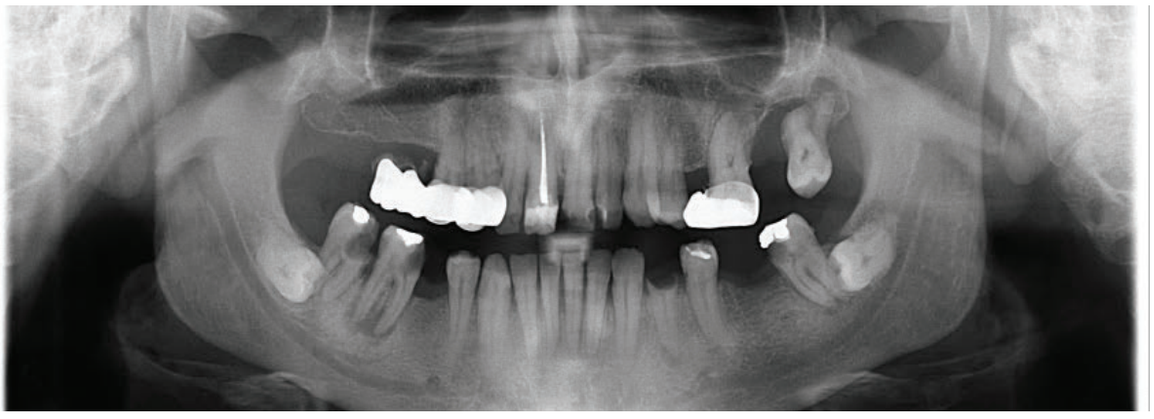


Fig.8 Resorbția rădăcinilor molarilor de 12 ani. (Cazuistica Dr. Csík Maticu G.)

- inflamarea nodulilor limfatici submandibulari,
- spasme musculare la nivelul maxilarului,
- inflamarea feței pe partea unde este localizată afecțiunea.

-Diagnosticul:

De obicei, persoana care suferă de pericoronarită ajunge la dentist, plângându-se de durere în zona molarilor. Pericoronarita este diagnosticată în timpul examenului clinic. Dentistul va observa că țesutul gingival este inflamat în zona molarului erupt parțial sau impactat. Gingiile pot fi roșii, inflamate, sau la nivelul lor se poate observa o secreție gălbuie.

-Tratamentul:

Pericoronita poate fi tratată cu antibiotice iar cavitatea bucală trebuie clătită cu ceai de mușețel călduț. Pericoronarita trece după circa o săptămână. Totuși, aceasta poate să reapară, dacă dintele nu a erupt total și la nivelul acestuia rămân prinse resturi alimentare.

-Profilaxia:

Se poate preveni apariția pericoronitei printr-o igienă adecvată, atentă a dinților impactați și prin folosirea apelor de gură. Astfel, se poate preveni acumularea de resturi alimentare la nivelul sulcusului gingial. Totuși, această metodă nu funcționează întotdeauna. Dacă pericoronarita reapare, atunci s-ar putea să fie necesar să se îndepărteze chirurgical lamboul gingival. Există unele cazuri în care acest lambou gingival crește la loc, în această situație fiind necesară extracția molarilor de minte.

-Alte complicații mai rare:

-Resorbția rădăcinii molarului secund (molarul de 12 ani) din vecinătate, denumit rizaliză. (Fig. 8).

-Chist folicular,

-Pericolul apariției sau a riscului crescut la fractură de mandibulă,

-Nevralgie simptomatică,

-Spasme pe traiectoriul nervului facial.

Incluzia molarilor de minte

Sub termenul de incluziune dentară se înțelege rămânerea unui dinte intraosos sau submucos după perioada sa normală de erupție. Măseaua trebuie să aibă evoluția morfologică desăvârșită, iar sacul pericoronar /folicular/ să fie integru.

Când molarul al treilea inclus se află în întregime intraosos, incluzia este totală sau completă. In funcție de grosimea planului osos care separă dintele inclus de planul mucoperiostal, incluzia totală poate fi superficială sau profundă. De obicei, molarul al treilea inclus se găsește la locul în care, in mod normal, evoluează germenul dentar sau la distanță, în ectopie, denumite incluzii ectopice. Când coroana dintelui inclus nu este înconjurată în totalitate de os, fiind separată de cavitatea orală de sacul pericoronar și de fibromucoasă, incluzia este parțială.

-Aspecte clinice.

Problemele apar când oferta spațială este redusă față de diametrul maxim al molarului de minte. Dacă nu există spațiu suficient pentru erupția molarului de minte pot apare o serie de complicații. (Fig. 9).

In perioada eruptivă molarul de minte acționează ca un buldozer: împinge molarii deja așezați pe arcadă, care la rândul lor dislocă chiar și dinții frontali. Colegii noștri cu specializare în ortodonție deseori ne roagă să extragem cei patru molari de minte înainte de a începe terapia ortodontică. Extracția timpurie a acestor dinți este recomandat pentru prevenirea înghesuirii segmentului labial inferior. /lower labial segment/.

Dacă molarul de minte greoi dar erupe, și ocupă o poziție anormală, poate provoca iritația mucoaselor înconjurătoare, devieri ale ocluziei și chiar dureri la nivelul articulației temporomandibulare.

Molarii de minte rămași în incluzie în interiorul oaselor maxilare

pot cauza pe termen lung o serie de complicații nedorite. Chisturile, abcesele reci pot încărca organismul în mod subversiv și neobservat.
-Extracția molarului de minte.
Îndepărtarea molarilor de minte are loc pe cale chirurgicală. Extracția molarului trebuie făcută "la rece" când nu există semne și simptome de infecție sau inflamație. Dacă se intervine în faza acută, există riscul de extindere a infecției în țesuturile din jur, fapt favorizat de manevrele complexe și deseori prelungite. Acesta este motivul pentru care, oricât de intensă ar fi durerea în momentul prezentării la medic, molarul nu este scos imediat, ci pacientul primește un tratament medicamentos și abia apoi, când simptomele s-au remis, se poate trece la extracție.
Dacă este efectuată cu o bună pregătire psihică, medicamentoasă de către un chirurg cu experiență, intervenția nu prezintă probleme deosebite. În cazurile speciale se poate efectua sub anestezie generală într-o unitate de specialitate.
Pentru extracția dinților incluși s-a folosit termenul de „extracție chirurgicală", deoarece îndepărtarea acestora necesită incizii cu decolarea mucoperiostului și trepanarea osului. Poate este mai sugestivă sintagma de „odontectomie", care indică faptul că este vorba de înlăturarea unui dinte care se găsește inclus în profunzimea țesuturilor.
-Complicații în timpul intervenției:
-Leziune nervoasă prin împingerea unui fragment dentar sau osos în canalul mandibular;
-Leziunea nervului lingual (<1%);
-Leziunea nervului alveolar inferior (<1%);
-Lezarea molarului de 12 ani (<1%);Un sfat util:
-Fractura mandibulară sau a tuberului maxilar (0,004 – 065%);
-Hemoragie intra și postoperatorie (0,5 – 1,5%).
-Complicații postoperatorii:
-Durere, edem, trismus postoperator (peste 50%);
-Inflamații și adenopatie latero-cervicală (0,8–7,8%);
-Parestezii pasagere.

Asistenta de medicină dentară şi rezolvarea problemelor ridicate de molarul de minte

-Indiferent de protocolul terapeutic elaborat de medic, cavitatea orală trebuie bine igienizată din momentul acceptării terapiei. Detartrajul, tratamentele gingivale antiinflamatoare și spălăturile bucale cu soluții dezinfectante sunt manopere bine cunoscute și practicate de către asistentă. Atragem atenția asupra zonelor retromolare, de unde resturile alimentare și secrețiile trebuie eliminate cu rigurozitate.
-Dacă intervenția va fi programată, asistenta trebuie să sfătuiască pacientul despre importanța igienei orale individuale și să facă recomandări utile în acest sens.
-Pregătirea preoperatorie constă din completarea și analiza fișei-chestionar. **(Vezi Anexa 1, la pag 46)**
-Actul chirurgical este competența medicului chirurg dento-alveolar. Asistenta trebuie să fie atentă la modul de aplicare al îndepărtătorului. Deoarece se intervine în spatele arcadei dentare, pentru o bună vizibilitate, comisura bucală va fi trasă cu putere. Aici vă recomandăm mare atenție, blândețe și pentru a nu obosi pacientul, introducerea pauzelor scurte, în momentele în care intervenția permite acest lucru. Ungerea comisurii cu un emolient simplu (vaselină) sau cu conținut de mușețel sau gălbenele previne apariția microfisurilor.
-Îngrijirea postoperatorie constă din toaleta plăgii, controlul igienei și oferta de informații utile, practice.
-In sfârșit urmează introducerea în calculator a datelor, radiografiilor și fotografiilor actualizate.
Un sfat util: O asistentă profesionistă simte obligația de a crea o atmosferă relaxantă. Ea zâmbește, este calmă, serviabilă și amabilă. Anturajul și ambientul încărcat pozitiv ușurează actul chirurgical și reduce eficient anxietatea pacientului.

Fig. 9 Pozițiile cele mai frecvente ale molarilor de minte rămași în incluzie.

Având în vedere, că pacienții care se prezintă în cabinetele de medicină dentară cu probleme legate de măselele de minte, au o vârstă între 18 și 35 de ani, aceştia pot citi și completa cu ușurință un formular–fișă, în câteva minute. Conceput într-un limbaj ușor de înțeles, materialul conține elemente de ordin informațional și medical. Acest mod de abordare a bolnavului aduce beneficii valoroase medicului care va colabora cu un pacient informat și pregătit psihoafectiv. Este deosebit de important să concepeți această fișă cât mai simplu și cât mai ușor de înțeles!
De altfel, Decizia nr.2. din 19.01.2013 a CMDR, în Anexa Nr. 1 prevede obligativitatea completării unei fișe, denumite: Formular de consimțământ informat în vederea efectuării tratamentelor chirurgicale în cabinetul de medicină dentară. (Vezi fișa)
Absența acordului pacientului informat constituie prin ea însăși o premisă de malpraxis prin neconformarea la reglementările legale cu privire la consimțământul informat al pacientului, dacă se produce acestuia vreun prejudiciu.
Medic documentat → pacient informat → tratament acceptat!
Iată triada medicinii dentare moderne.
Asistenta de medicină dentară poate da o mână de ajutor pentru derularea operativă a citirii și completării fișei și să răspundă la eventualele întrebări suplimentare ale pacientului.
Să fiți atenți, să fie la îndemnă suficiente instrumente de scris, o masă sau un suport cartonat!

Concluzii

Există o pseudo-diferențiere a implicațiilor molarilor de minte din p.d.v. al celor trei mari categorii de specialități de medicină dentară: stomatologia generală, chirurgia dento-alveolară și ortodonția. Această aparentă segregare pare să favorizeze o abordare uneori unilaterală a problemelor specifice ridicate de rolul și patologia legată de molarul al treilea. Nu trebuie să uităm nici o clipă că organismul uman este un tot unitar, ceea ce impune interdisciplinaritatea, care și în cazul molarilor de minte rămâne singura conduită medicală, atât sub aspect preventiv cât și curativ.

Bibliografie

1./ Bereșescu G.: Dinții umani permanenți. Ed. University Press, Târgu Mureș, 2011.
2./ Burlibașa C., et al.: Chirurgie orală și maxilofacială. Vol.1. Ed. Medicală, București, 1995.
3./ Jóob-Fancsaly Á.: A bölcsességfogak szerepe a fogászat különböző szakterületein.
Ed. Semmelweis, Budapest, 2010.
4./ Mihai L. av.: Noi formulare de evidență primară recomandate de CMDR cu privire la acordul pacientului informat și evaluarea stării generale a pacientului. Viața Stomatologică. 2013. nr.1. pg. 38-39.
5./ Popescu M., Duduca I., Ionescu E., Milicescu V.: Necesitatea abordării interdisciplinare a problematicii molarului de minte. Medicina Stomatologică. vol.5. nr.2. 2001. pg. 63–69.
6./ Romînu M., Bratu D., Uram-Țuculescu S., et al.: Aparatului dento-maxilar. Date de morfologie funcțională clinică. Ed. Helicon, Timişoara, 1997.

ANEXA 1

EXEMPLU DE **FIŞĂ PENTRU INFORMAREA PACIENTULUI**

Programat pentru o intervenție chirurgicală /extracție, decapușonare, etc./ a unui molar de minte

Stimate Doamnă / Domnule (Vă recomandăm, să personalizați această fișă, cu numele bolnavului, şi indicarea exactă a dintelui cauzal.) Examinările de specialitate au pus în evidență faptul, că molarul de minte /3.8; 4.8 de pe maxilarul inferior şi 1.8; 2.8 de pe maxilarul superior/ pune o serie de probleme cauzatoare de complicații locale sau la distanță.
Recomandăm extracția acestui molar de minte din următoarele motive:
- Gingia care acoperă dintele sau se află în jurul dintelui va provoca inflamații repetate.
- În jurul dintelui neerupt poate apare o formațiune chistică.
- Dintele vecin molarului de minte poate suferi modificări de poziție sau leziuni parodontale.
- Procesele inflamatorii cronice din jurul molarului de minte pot cauza şi întreține boli la distanță (boală de focar).
- Erupția vicioasă a unui molar de minte poate produce deplasarea întregului grup dentar, cu aglomerarea dinților, în deosebi a incisivilor din zona frontală.
- Pentru a preveni o serie de complicații în cazul protezării.

Mersul intervenției:
Sub anestezie locală cu ajutorul instrumentelor adecvate se îndepărtează gingia, iar dintele astfel eliberat va fi extras. După intervenție pot apare – timp de o zi, două – următoarele neplăceri:
- Edem (umflătura) feței;
- Greutate în timpul înghițirii;
- Reducerea deschiderii gurii (trismus);
- Dureri difuze ale jumătății feței pe partea operată;
- O uşoară ridicare a temperaturii.

Aceste simptome sunt normale după o asemenea intervenție şi dispar treptat în 3 max. 4 zile. La o săptămână după extracție se termina vindecarea plăgii postextracționale.
În cazul în care s-au aplicat fire de sutură, la 7 zile de la intervenție acestea vor fi îndepărtate.
Eventualele complicații posibile:
Vârfurile radiculare al molarilor de minte inferioare deseori au o poziție apropiată de nervul mandibular.
Uneori acest pachet vasculo - nervos poate fi lezat, şi atunci apare lipsa sensibilității buzei inferioare de pe partea respectivă. Fenomenul este tranzitoriu şi trece în câteva zile.
După orice tip de intervenție pot apare hemoragii întârziate, tulburări ale vindecării, fenomene inflamatorii. Cu medicația modernă şi folosită după un protocol bine stabilit, aceste complicații pot fi depăşite.

Medicul care vă tratează vă explică indicațiile postoperatorii.
In vederea evitării şi reducerii riscurilor acestor complicații, vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări:
1. Aveți cunoştință despre o eventuală alergie? Aveți sensibilitate față de un medicament sau substanță chimică? NU ☐ DA ☐
2. Cu ocazia vizitelor anterioare la medicul dentist ați avut vre-o neplăcere în legătură cu anestezia sau cu fazele de tratament? NU ☐ DA ☐
3. În cazul extracțiilor dentare sau cu ocazia unei răniri ați observat o sângerare mai prelungită? NU ☐ DA ☐
4. Luați vre-un medicament cu efect anticoagulant? NU ☐ DA ☐

Ce aveți de făcut după intervenția de îndepărtare a molarului de minte?
În ziua extracției şi a doua zi:
- Nu fumați! Nu consumați cafea fierbinte şi băuturi alcoolice!
- O zi – două nu consumați lapte, iaurt sau chefir.
- Evitați efortul fizic exagerat şi limitați vorbitul!
- Puneți comprese cu apă rece sau gheață pe partea feței în care s-a efectuat intervenția /Recomandare: într-o oră timp de 15 minute puneți comprese, 45 de minute pauză!/
- Mâncați mâncăruri moi, fără produse lactate,
- După mâncare clătiți gura cu apă curată rece sau uşor călduță, uşor, cu mişcări blânde, atente!
- Nu umblați cu degetele peste rană!
- Dinții aflați la distanță de rană se pot peria cu grijă, cu o perie moale, cu mişcări blânde!

După administrarea anestezicului, soluția anestezică combinată cu stresul psihic minor cauzat de intervenția propriu zisă, poate influența capacitatea Dvs. de a conduce un autovehicul sau bicicletă. Timp de 3–4 ore după extracție evitați sa conduceți vreun vehicul!
Orice fel de complicație posibilă – edem exagerat, durere, o eventuală hemoragie – să nu vă alarmeze, nu intrați în panică! Anunțați imediat medicul Dvs.!

Consimțământ informat
Medicul meu curant Dr.:.....m-a informat asupra manoperelor pe care urmează să le efectueze. Am fost informat asupra procedurilor, despre eventualele complicații, precum şi cu privire la consecințele posibile, dacă intervenția nu are loc.
În mod responsabil declar, că:
Sunt de acord cu intervenția propusă: DA ☐
Nu sunt de acord cu intervenția propusă: NU ☐
Oraşul.....
Data:.....

Semnătura pacientului:..... Semnătura/parafa medicului:.....

Camera de Comerț, Industrie şi Agricultură a județului Arad

AR-MEDICA®

Târg internațional de medicină

6 - 8 noiembrie 2014 • Expo Arad

Tel.: +40.257.208 800, Mobil: +40.730.188 290, Email: simona.vacaru@ccia-arad.ro

REDUCE ŞI AJUTĂ LA PREVENIREA PROBLEMELOR GINGIVALE ÎN 4 SĂPTĂMÂNI PENTRU A ÎNTRERUPE CICLUL GINGIVITEI

blend-a-med Oral-B CLINIC LINE GUM PROTECTION SYSTEM

Recomandați Sistemul blend-a-med Oral-B Clinic Line Gum Protection

Este dovedit clinic că reduce si ajută la prevenirea problemelor gingivale în 4 săptămâni pentru a ajuta pacienții să întrerupă ciclul gingivitei. Sistemul combină acțiunea chimică puternică a fluorurii de staniu stabilizate, suplimentată de apă de gură, cu acțiunea mecanică a periuței de dinți Pro-Flex, suplimentată de ață dentară, facând din acesta completarea perfectă a tratamentului din cabinetul dumneavoastră.

P12125.01

Continuă îngrijirea ce începe în cabinetul dumneavoastră

blend-a-med RESEARCH CENTERS Oral-B

CHRIS
tehnodent

Laboratorul calității

- **21 ani de activitate practică privată**
- Toate tipurile de lucrări
- Garanție REALĂ
- Serviciu propriu de curierat pentru București și zonele limitrofe

• ceramică pe orice tip de implant •

• proteze sheletate cu sisteme speciale •

• ceramică pe zirconiu •

• aparate ortodontice •

• gutiere •

• compozit IVOCLAR •

• metalo-ceramică •

• proteze flexibile •

Str. Paraschiva Gherghel nr. 4, sector 1;
Tel.: 021.225.16.61, 031.730.40.36;
Tel./Fax: 021.224.45.36
Mobil: 0722.29.55.35,
0744.38.39.39, 0766.21.17.84;
chris_tehnodent@yahoo.com
www.christehnodent.ro

Primim comenzi din toată țara!

THE QUALITY OF ESTHETICS
Powered by Ivoclar Vivadent
INTERNATIONAL EXPERT SYMPOSIUM
London, 14 June 2014
REGISTER NOW
ivoclar vivadent:

Angajez medic dentist, zona Unirii. Tel: 0721 336 334

Închiriez un post de lucru în laborator, dotări moderne, situat central, 200 euro/lună. Tel: 0721 427 901

Ofer spre închiriere, spațiu pentru cabinet, Bucureşti - pasajul Mărăşeşti. Tel: 0721 686 068

Laborator solicită colaborare cu medici din zona: Calea Plevnei, Ştirbei, Calea Rahovei. Tel: 0721 235 824

Laborator solicită colaborare cu medici din zona: Drumul Taberei - Militari. Tel: 0723 139 308

CHRIS TEHNODENT angajează tehnicieni dentari.
Tel: 0722 295 535, C.V. la chris_tehnodent@yahoo.com

ediția a 2-a
3F
formă funcție frumusețe
3 - 4 octombrie 2014 Cantacuzino Castle - Bușteni
ALLIGATOR
Echipa Alligator are deosebita plăcere să anunțe a doua ediție a Simpozionului Formă.Funcție.Frumusețe care va avea loc la Palatul Cantacuzino Bușteni
a data de 3-4 Octombrie cu participarea extraordinară a
Dr. Jan Hajto autorul binecunoscutei cărți "Anteriors - Natural Beautiful Teeth"
cu prezentarea Estetica dentară, Rezultate predictibile și Concepte actuale
și a domnului
Norbert Wichnalek cu prezentarea
Protetica dentară fără efecte secundare- funcțional și estetic
detalii în curând...

Curs **Wax-up eficient, sigur și funcțional**
susținut de domnul **Norbert Wichnalek** și echipa sa
(Cursul durează 1 zi și se va desfășura în două ediții în datele de 1 și 2 octombrie 2014 - locuri limitate)
preț echivalent a 220 Euro
Înscrieri și detalii la Alligator

dentalTarget clinic&lab

Revistă dustribuită gratuit medicilor și tehnicienilor dentari de SC Dental Target SRL; Tiraj 6.000 ex.

Talon

Pentru a nu avea probleme cu recepția revistei, vă rugăm să completați și să ne trimiteți talonul la adresa: C.P. 76, O.P. 63 București sau pe office@dentaltarget.ro

NUME_____
PRENUME_____FIRMA_____
Str,_____Nr,_____
Bl,_____Sc,_____Apt_____Sector_____
LOCALITATEA_____JUDET_____
TEL._____ EMAIL_____
Medic ☐ Tehnician ☐ Patron ☐ Angajat ☐

10 EMC/an
Pentru medicii dentiști
cf. Reg. EMC al CMDR

Doresc să primesc revista Dental Target. Prezenta constituie consimțământul meu expres și neechivoc privind prelucrarea datelor cu caracter personal cuprinse în acest talon. Cunosc că am dreptul de a solicita rectificarea, actualizarea sau ștergerea datelor mele, precum și celelalte drepturi oferite de lege.
Semnătura_____

Cost abonament: 80 Ron / an; 4 exemplare
Pentru informații și abonamente: Claudia Lăzărescu,
S.C. Dental Target Srl, Tel.: 0724 864 358,
E-mail: office@dentaltarget.ro;
www.dentaltarget.ro

HALMADENT
Brasov

Str. Banatului Nr. 10, Brasov, Cod: 500209, Jud. Brasov
Tel./Fax: 0268/414 157
Tel. 0371/383 003
E-mail: office@halmadent.ro

ORTO PANTOMOGRAF
NEW TOM CONE BEAM 3D

NewTom GiANO

Companie italiana cu un renume international, cu peste 20 de ani vechime in dezvoltarea si fabricarea produselor NewTom, creeatorii tehnologiei „Cone Beam", au lansat ortopantomograful New Tom Cone Beam 3D.

www.halmadent.ro

Echipamente si accesorii stomatologice

NOU

Programat®

Generația următoare de cuptoare

Arderi eficiente de precizie.

P310

P510

Progrese tehnice interesante:

- **Operare uşoară** datorită ecranului color tactil capacitiv, similar telefoanelor inteligente moderne, permițând operarea prin simboluri grafice
- **Distribuirea omogenă a căldurii şi rezultate excelente de ardere** datorită tehnologiei QTK 2 a muflei şi a noului reflector de căldură SiC de la baza incintei de ardere
- **Tehnologia imagistică cu Infraroşii Programat*** oferă o calitate excepțional de ridicată a rezultatelor de ardere, asistând în prevenirea erorilor, scurtând ciclurile de ardere cu 25%

*Disponibilă doar în Programat P510

INFRARED TECHNOLOGY

Distribuitori Ivoclar Vivadent Autorizați:

Dent Distribution
Str. Logofăt Tăutu nr 66
Sector 3, București
office@dentdistribution.ro
www.dentdistribution.ro

Doriot Dent
Str. Barabaș Bela nr. 18 A
Arad
office@doriotdent.ro
www.doriotdent.ro

Tiana Dent
Str. Tudor Arghezi nr 7
Sibiu
tianadent@gmail.com
www.tianadent.ro

ivoclar vivadent®
passion vision innovation